

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MEDICINA



**Bem-Estar Subjetivo no *Spectrum* da Esquizofrenia:
Estudo de Validação da “Subjective Well-being under
Neuroleptic Treatment Scale - Short Version”**

João Miguel Malhadas Martins

Orientadora: Prof. Doutora Maria Luísa Figueira da Cruz Filipe

Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de
Mestre em Psicopatologia

2019

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MEDICINA



**Bem-Estar Subjetivo no *Spectrum* da Esquizofrenia:
Estudo de Validação da “Subjective Well-being under
Neuroleptic Treatment Scale - Short Version”**

João Miguel Malhadas Martins

Orientadora: Prof. Doutora Maria Luísa Figueira da Cruz Filipe

Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de
Mestre em Psicopatologia

2019

A impressão desta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de 17 de Setembro de 2019.

AGRADECIMENTOS

Os meus sinceros agradecimentos à Professora Maria Luisa Figueira pela inspiração e orientação científica ao longo deste trabalho. À Professora Isabel Mealha pela disponibilidade e amabilidade na colaboração com este projeto. Ao Guineng pelo constante apoio e incentivo. À Margarida pela incansável ajuda na logística do projeto. Ao Miguel, Sérgio, Diana e Vanessa pelas muitas horas dedicadas.

ABREVIATURAS

AC – Auto-Controlo

AD – Antidepressivo

AP – Antipsicótico

BES – Bem Estar Subjetivo

BZD – Benzodiazepinas

CAML – Centro Académico de Medicina de Lisboa

CHBM – Centro Hospitalar Barreiro-Montijo

CNPD – Comissão Nacional de Protecção de Dados

DP – Desvio Padrão

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DTD – Duração Total da Doença

EDCE – Escala de Depressão de Calgary para a Esquizofrenia

EH – Estabilizador do Humor

EPE – Empresa Público-Empresarial

ESV – Escala de Satisfação com a Vida

FF – Funcionamento Físico

FM – Funcionamento Mental

ICD – International Classification of Diseases

IS – Integração Social

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

PANSS – Positive and Negative Syndrome Scale

PSP – Escala de Desempenho Pessoal e Social

RE – Regulação Emocional

SWN – Escala de Bem-Estar Subjetivo sob Neurolépticos

SWN-K – Escala de Bem-Estar Subjetivo sob Neurolépticos (versão abreviada)

SWN-K-P – Escala de Bem-Estar Subjetivo sob Neurolépticos (versão abreviada) em língua portuguesa

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	4
ABREVIATURAS.....	5
RESUMO	11
ABSTRACT	14
1. Introdução	17
1.1 A Esquizofrenia e o espectro da Esquizofrenia.....	17
1.2 O Conceito de Bem Estar-Subjetivo.....	19
1.3 Bem-Estar Subjetivo na Esquizofrenia e outras perturbações psicóticas.....	20
1.4 A Escala de Bem-Estar Subjetivo sob Neurolépticos (SWN).....	22
2. Objetivos	24
2.1 Principal	24
2.2 Secundários.....	24
3. Metodologia	25
3.1 Desenho do Estudo	25
3.2 População-Alvo	25
3.3 Amostra do Estudo.....	25
3.4 Procedimentos Metodológicos	25
3.5 Colheita dos Dados	26
3.6 Instrumentos	27
3.6.1 SWN-K-P (Escala de Bem-Estar Subjetivo sob Neurolépticos, versão abreviada, em português).....	27
3.6.2 Escala de Satisfação com a Vida.....	27
3.6.3 Escala de Desempenho Pessoal e Social	27
3.6.4 Escala de Depressão de Calgary para a Esquizofrenia.....	28

3.6.5	Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)	29
4.	Resultados	30
4.1	Características da Amostra	30
4.2	Análise dos dados	35
4.2.1	Fiabilidade	35
4.2.2	Validade do Constructo	35
4.2.3	Validade do Critério	37
4.2.4	Associações entre o bem-estar subjetivo e as características socio-demográficas	37
4.2.5	Associações entre o bem-estar subjetivo e as características clínicas	41
5.	Discussão	47
6.	Conclusões	51
	BIBLIOGRAFIA	52
	ANEXOS	59
	Anexo 1: Escala de Bem-Estar Subjetivo sob Tratamento com Neurolépticos, versão abreviada, em língua portuguesa (SWN-K-P)	60
	Anexo 2: Consentimento Informado	62
	Anexo 3: Dados Sócio-Demográficos e Clínicos	63
	Anexo 4: Autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd)	65
	Anexo 5: Parecer da Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa (CAML)	68

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Dados Sociodemográficos da amostra, segundo diagnóstico.....	31
Tabela 2 Dados Clínicos da amostra, segundo diagnóstico	33
Tabela 3 Cotações das escalas aplicadas na amostra, segundo diagnóstico.....	34
Tabela 4 Teste de ajuste dos indicadores para o modelo da análise fatorial hierárquica da SWN-K-P (n=142).....	36
Tabela 5 Associações estatísticas entre Bem-Estar Subjetivo e Características Clínicas	43
Tabela 6 Caracterização da amostra relativamente à medicação.....	44

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Análise Fatorial Confirmatória da SWN-K-P	36
Figura 2 Cotação total da SWN-K-P dos participantes que vivem com filho(s) e sem filho(s)	39
Figura 3 Bem-estar Subjetivo por variável do agregado familiar	39
Figura 4 Cotação total da SWN-K-P dos participantes com rendimentos baixos, médios e altos do agregado familiar.....	40
Figura 5 Cotação total da SWN-K-P dos participantes que têm e não têm ocupação profissional.....	41
Figura 6 Diferenças estatísticas relativas à cotação total na SWN-K-P entre diferentes grupos psicofarmacológicos.....	45
Figura 7 Percentagem de participantes que têm uma cotação total na EDCE (Escala de Depressão de Calgary para a Esquizofrenia) > 6 nos participantes que tomam e não tomam antidepressivos	46

RESUMO

Introdução

A Esquizofrenia é uma perturbação psiquiátrica grave, com um impacto profundo tanto nos indivíduos afetados como na sociedade. Existem diferenças individuais substanciais na manifestação, curso e prognóstico dos doentes diagnosticados com Esquizofrenia. Com a descoberta dos neurolépticos nos anos 50, consequente desinstitucionalização e retorno à comunidade de muitos doentes, observou-se uma crescente atenção dos clínicos a outras questões que não apenas a remissão dos sintomas. Os psiquiatras estenderam o conceito de tratamento para lá da mera remissão sintomática, preocupando-se igualmente com outros aspetos, como a integração na sociedade, a qualidade de vida e bem-estar subjetivo. É largamente aceite para os clínicos e investigadores que o tratamento multidimensional na Esquizofrenia deve compreender três importantes e diferentes aspetos: a remissão sintomática, uma melhor funcionalidade e um adequado bem-estar subjetivo. A escala de Bem-Estar Subjetivo sob Neurolépticos – versão abreviada (SWN-K) é uma escala de autopreenchimento desenvolvida para medir o bem-estar dos doentes sob tratamento com antipsicóticos. Este trabalho descreve o processo de validação deste instrumento para a população portuguesa, assim como a apresentação das associações encontradas entre o Bem-Estar Subjetivo e as características sociodemográficas e clínicas da amostra.

Objetivo Principal

Tradução e análise da fiabilidade e validade do constructo e critério da versão portuguesa da SWN-K.

Métodos

Foi realizado um estudo transversal com uma amostra de 142 doentes de ambulatório do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo EPE e do Hospital Distrital de Santarém EPE, com um diagnóstico no espectro da Esquizofrenia. A cada participante foi realizada uma entrevista clínica, com recolha de dados sociodemográficos e clínicos, e seguida da aplicação dos seguintes instrumentos: Escala de Bem-Estar Subjetivo sob Neurolépticos, versão abreviada, em língua portuguesa (SWN-K-P), Escala de Satisfação com a vida (ESV), Escala de Depressão de Calgary para a Esquizofrenia (EDCE), Escala de Desempenho pessoal e social (PSP) e a

Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Foram realizadas análises de fiabilidade e validade do construto e critério da SWN-K-P. O trabalho obteve o parecer favorável pela Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa (CAML) a 6 de Junho de 2017.

Resultados

A análise dos dados demonstrou que a SWN-K-P tem uma fiabilidade adequada, com uma consistência interna total de 0,87 e com as consistências das subescalas a variarem entre os 0,60 e os 0,74. O coeficiente de fiabilidade de divisão por metades é de 0,77. A análise fatorial confirmatória não replicou a presença de um fator global (bem-estar geral) e cinco fatores de primeira-ordem (funcionamento mental, funcionamento físico, integração social, regulação emocional e autocontrolo). Os resultados indicam correlações moderadas entre a cotação total da SWN-K-P e a cotação total da ESV ($r=0,41$, $p<0,001$), EDCE ($r=-0,64$, $p<0,001$), PSP ($r=0,36$, $p<0,01$), subescala negativa da PANSS ($r=-0,34$; $p<0,01$), subescala de psicopatologia geral ($r=-0,54$; $p<0,001$), índice cognitivo da PANSS ($r=-0,30$; $p<0,001$) e ainda com a cotação total da PANSS ($r=-0,47$; $p<0,001$).

Relativamente às características sociodemográficas, foram encontradas diferenças significativas na cotação total da SWN-K-P entre os seguintes grupos: (1) viver com ou sem filho(s) (“Viver com filhos”=99,3; “Viver sem filhos”=87,9; $df=19$; $t=2,68$ $p=0,01$); (2) ter ou não ocupação profissional (“Não tem ocupação”=86,9 “Tem ocupação”=96,7 $df=58$ $t=-3,34$ $p=0,001$); e (3) rendimento do agregado familiar ($F=4,36$ $p=0,01$). Não foram encontradas associações entre a cotação total da SWN-K-P e o sexo, idade, ou escolaridade.

Quanto aos dados clínicos, foram encontradas diferenças significativas na cotação total da SWN-K-P entre os os seguintes grupos: (1) Tomar apenas um antipsicótico versus mais que um antipsicótico (“toma apenas 1 antipsicótico”=93,2; “toma mais que 1 antipsicótico”=85,4; $t=2,98$ $df=139$ $p=0,003$) e (2) Tomar antidepressivos versus não tomar antidepressivos (“toma AD”: Faz=82,6; “Não toma AD”=91,3 $t=-2,56$ $df=50$ $p=0,01$). Não foram encontradas diferenças na cotação total da SWN-K-P entre os participantes que fazem antipsicóticos de 1ª geração e de 2ª geração, entre os que fazem ou não antipsicótico injetável regular, benzodiazepinas, estabilizadores de humor ou anticolinérgicos. Não foram encontradas associações entre a cotação total da SWN-K-P e a duração da doença, tratamento, tempo de doença não tratada ou número de internamentos.

Discussão e Conclusões

A experiência subjetiva do Bem-Estar em doentes psicóticos é um fator importante associado à adesão à terapêutica, qualidade de vida, funcionalidade e prognóstico. Os resultados demonstram que a versão portuguesa da SWN-K é um instrumento fiável e válido com propriedades psicométricas semelhantes à versão original, com potencial de aplicação tanto na clínica como em investigação.

Palavras-Chave

Bem-Estar Subjetivo; Esquizofrenia; Espectro da Esquizofrenia; Escala de Bem-Estar Subjetivo sob Neurolépticos (SWN-K)

ABSTRACT

Introduction

Schizophrenia is a major psychiatric disorder that has a profound impact on the individuals affected by the disease and on the society. There are substantial individual differences on the clinical presentation, course and prognosis of the disease. With the discovery of the neuroleptics in the 50's, subsequent deinstitutionalization and the return to the community for many patients, a growing clinical attention to other clinical aspects besides the symptomatic remission was observed. Psychiatrists extended the concept of treatment beyond the simple symptomatic remission, and focused also on other aspects of treatment, such as integration in the society, quality of life and subjective well-being. It is widely accepted for clinicians and researchers that the treatment of Schizophrenia should be multidimensional, including three different and important dimensions: symptomatic remission, a better functionality and an adequate subjective well-being. The Subjective Well-being under Neuroleptics Treatment Scale - Short Form (SWN-K) is a self-rating scale which was developed to measure patient's well-being under neuroleptic treatment. This thesis describes the validation process of this instrument for the Portuguese population, as well as the associations found between the subjective well-being and the clinical and sociodemographic characteristics of the sample.

Objective

This study aims to translate and analyze the reliability and validity of the SWN-K Portuguese version.

Methods

A cross-sectional study was conducted with a sample of 142 outpatients from the Centro Hospitalar Barreiro-Montijo EPE and Hospital Distrital de Santarém EPE, diagnosed with a Schizophrenia Spectrum Disorder. For each participant, clinical and sociodemographic data were collected, a clinical interview and the following questionnaires were applied: Subjective well-being under neuroleptic treatment scale, short form, in Portuguese language (SWN-K-P), Satisfaction with life Scale (ESV), Calgary Depression Scale for Schizophrenia (EDCE), Personal and Social Performance Scale (PSP) and Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Reliability and Construct and Criterion Validity Analysis of the SWN-K-P were

performed. This thesis was approved by the Centro Académico de Medicina de Lisboa (CAML)'s Ethics Committee on June 6, 2017.

Results

The data analysis showed that the SWN-K-P has an adequate reliability, a total internal consistency of 0,87 and the subscale consistencies ranging between 0,60 and 0,74. The split-half reliability coefficient is 0,77. The confirmatory factorial analysis did not replicate the presence of a global factor (general well-being) and five first-order factors (mental functioning, physical functioning, social integration, emotional regulation and self-control). The results also show moderate correlations between the SWN-K-P total score and the total score of ESV ($r=0,41$, $p<0,001$), EDCE ($r=-0,64$, $p<0,001$), PSP ($r=0,36$, $p<0,01$), PANSS negative subscale ($r=-0,34$; $p<0,01$), PANSS general psychopathology subscale ($r=-0,54$; $p<0,001$), PANSS cognitive index ($r=-0,30$; $p<0,001$) and PANSS total score ($r=-0,47$; $p<0,001$).

Regarding sociodemographic data, significant differences were found in the SWN-K-P total score of the following groups: (1) living with or without children ("living with children"=99,3; "living without children"=87,9; $df=19$; $t=2,68$; $p=0,01$); (2) having or not a professional occupation ("Not having a professional occupation"=86,9 "Having a professional occupation"=96,7 $df=58$ $t=-3,34$ $p=0,001$); and (3) household income ($F=4,36$ $p=0,01$). No associations were found between the SWN-K-P total score and sex, age or school degree.

Regarding clinical data, significant differences were found in the SWN-K-P total score of the following groups: one prescribed antipsychotic versus more than one prescribed antipsychotic ("one prescribed antipsychotic"=93,2; "more than one prescribed antipsychotic"=85,4; $t=2,98$ $df=139$ $p=0,003$); and (2) with antidepressants prescribed versus without antidepressants prescribed ("with antidepressants prescribed"=82,6; "without antidepressants prescribed"=91,3 $t=-2,56$ $df=50$ $p=0,01$). No differences between groups were found in the SWN-K-P total score with respect to the intake of typical or atypical antipsychotics, regular injectable treatment versus oral treatment, with or without benzodiazepines prescribed, with or without mood stabilizers prescribed, and with or without anticholinergics prescribed. Also, no associations were found between the SWN-K-P total score and illness duration, treatment duration, duration of untreated psychosis or number of hospitalizations.

Discussion and Conclusions

The Subjective Experience of Well-being in psychotic patients is an important factor associated with therapeutic adherence, quality of life, functionality and prognosis. The results show that the Portuguese version of SWN-K is a valid and reliable instrument with psychometric properties similar to the original version, meaning that the SWN-K-P can potentially be applied in clinical and research assessment of patients with Schizophrenia and related disorders.

Key words

Subjective well-being; Schizophrenia; Schizophrenia Spectrum; Subjective Well-Being under Neuroleptics Treatment Scale (SWN-K)

1. Introdução

1.1 A Esquizofrenia e o espectro da Esquizofrenia

A Esquizofrenia é uma perturbação psiquiátrica grave, com um impacto profundo tanto nos indivíduos afetados como na sociedade (Owen et al., 2016). Relativamente ao prognóstico, Bleuler em 1972 seguiu prospectivamente durante vinte e dois anos uma amostra de 208 doentes com Esquizofrenia, admitidos no hospital psiquiátrico de Zurique entre 1942 e 1943. Desta amostra foi possível classificar a evolução da doença entre sete grupos diferentes: (1) Início agudo com um curso persistente levando a uma deterioração permanente, 10-20%; (2) Evolução crónica simples levando a uma deterioração permanente, 10-20%; (3) Início agudo com um curso persistente levando a um defeito permanente, menos de 5%; (4) Evolução crónica simples levando a um defeito prolongado, menos de 5-10%; (5) Evolução periódica aguda resultando numa deterioração permanente, menos de 5%; (6) Evolução periódica aguda resultando num defeito permanente, 30-40%; (7) Evolução periódica aguda resultando numa cura completa ou remissão social, 25-30% (Bleuler and Clemens, 1978). Apesar do prognóstico não ser tão uniformemente negativo como se pensava, atualmente sabe-se que mais de 50% dos doentes com Esquizofrenia têm problemas psiquiátricos intermitentes a longo prazo, e cerca de 20% têm sintomas crónicos e incapacitantes (Barbato et al., 1997). O desemprego atinge 80-90% dos doentes e a esperança de vida está reduzida em 10 a 20 anos (Chesney et al., 2014; Kooyman et al., 2007; Marwaha and Johnson, 2004). Apesar de nas últimas décadas terem sido feitos avanços substanciais na investigação da genómica, epidemiologia e neurociência na investigação em Esquizofrenia, a verdade é que a neurobiologia da Esquizofrenia continua pouco compreendida. Há uma forte evidência implicando a disfunção da neurotransmissão dopaminérgica na génese dos sintomas positivos, e possivelmente anomalias na sinalização glutamatérgica estarão associadas aos sintomas negativos e cognitivos (Owen et al., 2016). Os antipsicóticos são relativamente eficazes, comparando com o placebo, na redução dos sintomas positivos, como as alucinações e delírios, contudo, não são tão efetivos para os sintomas negativos nem cognitivos, que são mais fortemente associados a incapacidade funcional (Owen et al., 2016).

A Esquizofrenia desde há muito que é considerada uma categoria nosológica controversa, com fronteiras incertas e na sua essência mal definida. Diversos autores têm questionado a sua validade, alguns rejeitando mesmo a categoria, argumentando que a mesma engloba diferentes doenças e impede a investigação e o tratamento adequados (Sass, 2014). Na verdade, atualmente poucos são os que defendem que síndromes como a Esquizofrenia sejam perturbações singulares e homogêneas, mas mesmo assim, quando falamos de investigação clínica, incluindo ensaios clínicos, estas entidades são tratadas como tal, sendo contudo escolhidas amostras o mais homogêneas possíveis. Assim, se por um lado as conceptualizações do DSM das perturbações psiquiátricas podem ter uma utilidade na prática clínica, no que respeita à investigação, essas mesmas classificações podem ser um obstáculo ao progresso. Uma abordagem diferente, provavelmente dimensional, será necessária para quebrar estes síndromes em componentes sub-sindromáticos e investigar os substratos neurobiológicos desses componentes definidos com maior precisão. É certo que não pode existir uma biologia coerente para síndromes tão heterogêneas como os que estão englobados na designação de Esquizofrenia, e não é portanto surpreendente que se tenha falhado em validar alvos moleculares com o intuito de encontrar biomarcadores para melhorar o diagnóstico clínico ou desenvolver novas terapêuticas (Fibiger, 2012).

Se dentro da Esquizofrenia os limites são incertos, é natural que no diagnóstico diferencial com perturbações relacionadas como a Perturbação Delirante, a Perturbação Esquizoafetiva, e até mesmo a Perturbação Bipolar, os limites possam ser por vezes difíceis de encontrar. Há uma tendência atual na Psiquiatria de questionar a dicotomia Kraepeliana entre Esquizofrenia e Psicose Maníaco-Depressiva (Perturbação Bipolar) e usar o termo sobreinclusivo de “Psicose” para indicar todo um espectro de doenças mentais graves (Stanghellini and Raballo, 2015). No extremo, podemos rejeitar um modelo de categorias diagnósticas separadas e não relacionadas, mas há que ter em atenção que os dados de investigação científica também não suportam esta rejeição, especialmente no que respeita à relação entre expressão clínica e suscetibilidade genética; ou seja, se por um lado existe uma sobreposição substancial de suscetibilidade genética entre a Perturbação Bipolar e a Esquizofrenia, por outro existe evidência clara da existência de fatores de risco genéticos não-partilhados. É também arriscado negar a existência de categorias diagnósticas como a Perturbação Esquizoafetiva, mesmo sabendo que é um diagnóstico com pouca fiabilidade. A abolição deste diagnóstico reforçaria uma visão dicotómica inapropriada, desfasada quer da realidade clínica dos complexos quadros psicopatológicos, quer dos achados biológicos (Craddock and Owen, 2010). A pobreza dos

fenótipos e a simplificação dos constructos clínicos são consequências de uma abordagem psicopatológica simplificada baseada em sintomas fáceis de operacionalizar. Os “reais” fenótipos psicopatológicos são consideravelmente mais complexos que os descritos nos manuais diagnósticos (Stanghellini, 2013). Assim parece-me que o importante é por um lado investir nas explorações psicopatológicas detalhadas das experiências anómalas dos doentes, e por outro na necessidade de avançar dos diagnósticos tradicionalmente descritivos para entidades clínicas (categorias e/ou dimensões) que estejam mais próximas dos mecanismos neurobiológicos subjacentes.

Em suma, a Esquizofrenia é um diagnóstico sindromático, baseado em constelações de sintomas, que muito provavelmente correspondem a um grupo de doenças que afetam caracteristicamente as capacidades humanas da linguagem, pensamento, emoção e percepção. É relativamente comum tornar-se evidente no início da idade adulta, provocando frequentemente incapacidade prolongada. É tradicionalmente definida por sintomas e sinais de acordo com um dos conjuntos de critérios diagnósticos, sendo os maiores sistemas de classificação: o *International Classification of Diseases (ICD)* elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* da *American Psychiatric Association*. Ambos os conjuntos de critérios são muito semelhantes e enfatizam os sintomas tradicionalmente descritos, como as alucinações, delírios, experiências variadas de interferência do pensamento, discurso incoerente, embotamento afetivo e um declínio no funcionamento global (Sass, 2014). Existem contudo diferenças individuais substanciais na manifestação, curso e prognóstico dos doentes diagnosticados com Esquizofrenia, e é também devido a essa variabilidade que os psiquiatras estenderam o conceito de tratamento para lá da mera remissão sintomática, preocupando-se com outras questões, como o bem-estar subjetivo, a qualidade de vida, a funcionalidade global do doente, os efeitos secundários, tolerabilidade e resposta subjetiva dos antipsicóticos (Voruganti and Awad, 2002).

1.2 O Conceito de Bem Estar-Subjetivo

O Bem-estar subjetivo (BES) é um conceito abrangente que tem em conta uma visão alargada dos diferentes aspetos subjetivos que contribuem para o bem-estar individual. Engloba a forma como as pessoas vivenciam e avaliam a sua vida como um todo; os seus estados emocionais; e ainda o "significado" que cada um extrai da sua vida. É um constructo que não pode ser observado ou avaliado por uma terceira pessoa, uma vez que o específico no bem-estar

subjetivo é o facto de apenas a própria pessoa poder fornecer tal informação (OECD, 2013). Relacionado com o conceito de Bem-Estar Subjetivo está o conceito de qualidade de vida. Este tem um componente objetivo e outro subjetivo. O componente objetivo inclui aspetos como a funcionalidade ou as condições ambientais de vida da pessoa, enquanto o componente subjetivo diz respeito ao bem-estar ou satisfação com a vida percecionada pela pessoa (Ritsner et al., 2012).

O Bem-Estar Subjetivo é um constructo abrangente que reflete as avaliações emocionais e cognitivas da pessoa sobre a sua vida (Diener et al., 2003). É um constructo não específico de doentes com perturbações psiquiátricas, sendo uma dimensão do indivíduo, que pode ser avaliada eficazmente em estudos populacionais. Níveis de bem-estar subjetivo podem variar entre pessoas saudáveis ou com doença mental, entre culturas e ao longo do tempo (Schimmack, 2003). O bem-estar subjetivo está intimamente associado à experiência das emoções positivas, a um baixo nível de humor depressivo e a elevada satisfação com a vida (Diener and Ryan, 2009). Existe atualmente extensa evidência científica que indica que o bem-estar subjetivo tende a ser estável ao longo do tempo. Esta estabilidade é principalmente atribuída a fatores genéticos, sendo que a suscetibilidade à mudança do BES parece estar mais relacionada com fatores temporários ambientais e individuais (Nes, 2010). Baseado em estudos com gémeos, estima-se que a heritabilidade do bem-estar subjetivo está entre 40% e 50% (Bartels and Boomsma, 2009).

1.3 Bem-Estar Subjetivo na Esquizofrenia e outras perturbações psicóticas

A importância do Bem-Estar Subjetivo na Esquizofrenia prende-se com o facto de que o objetivo de qualquer terapêutica para a Esquizofrenia dever basear-se não apenas na redução dos sintomas psicóticos, mas deve também ajudar os doentes a viver e a aproveitar melhor a sua vida, apesar da doença (Naber et al., 2001). Para os doentes com doença psiquiátrica, o componente subjetivo da qualidade de vida está tão dependente da doença como do tratamento. Os doentes reconhecem os sintomas da sua doença e os efeitos secundários do tratamento em termos semelhantes: ambos podem reduzir o seu bem-estar. O tratamento é percecionado negativamente sempre que falha em reduzir adequadamente os sintomas psicóticos, se causa efeitos secundários substanciais, e também se falha em melhorar o bem-estar por qualquer outra razão, relacionada ou não com a doença ou tratamento (Carrick et al., 2004). Determinantes

associados à qualidade de vida percecionada ou bem-estar subjetivo em pessoas com perturbações psicóticas persistentes incluem características sociodemográficas (Eack and Newhill, 2007), características psicossociais (Ritsner et al., 2012) e efeitos secundários associados aos antipsicóticos (Lee et al., 2010; Naber et al., 2013; Schimmelmann et al., 2005).

O Bem-Estar Subjetivo em doentes com perturbações psicóticas persistentes tem também um peso relevante na adesão à medicação. Apesar dos avanços significativos na farmacoterapia da Esquizofrenia, a não-adesão à medicação continua a ser um desafio terapêutico (Garavan et al., 1998; Valenstein et al., 2004). Apesar das estimativas de não adesão variarem devido a definições inconsistentes e grupos de doentes heterogêneos, os estudos concordam que entre 25-70% de todos os doentes esquizofrénicos não aderem à medicação. Existe imensa evidência a demonstrar que doentes que não aderem à medicação têm mais recaídas que os aderentes. Apesar de uma abordagem individualizada ser necessária para identificar razões específicas para a não adesão à medicação, a literatura tem identificado dois determinantes principais: qualidade da relação médico-doente e o impacto dos antipsicóticos no bem-estar subjetivo (Naber, 1995). O Bem-estar subjetivo que os utentes percecionam como derivado da medicação está associado a maior adesão à medicação (Fenton et al., 1997). Em suma, o Bem-Estar Subjetivo pode ajudar a compreender porque os doentes não aderem ao tratamento apesar dos benefícios significativos no que respeita à cessação dos sintomas psicóticos.

É também largamente aceite para os clínicos e investigadores que o tratamento multidimensional na Esquizofrenia deve compreender três importantes e diferentes aspetos: a remissão sintomática, uma melhor funcionalidade e um adequado bem-estar subjetivo. Alcançar e manter estes objetivos é essencial para a recuperação ou reabilitação da doença (Naber et al., 2013). Saliento ainda o contributo da melhoria da função cognitiva dos doentes, que parece desempenhar um papel essencial no tratamento – um corpo de literatura crescente indica que a melhoria da função cognitiva na Esquizofrenia seria de especial importância tanto para a melhoria dos sintomas (Moritz et al., 2000), da funcionalidade (Green, 1996), e da qualidade de vida (Alptekin et al., 2005; Matsui et al., 2008).

Um reduzido bem-estar subjetivo tem sido associado ao diagnóstico de Esquizofrenia (Naber et al., 2013). Dentro dos possíveis efeitos causais para este facto, têm sido referidos os altos níveis de psicopatologia, principalmente depressão, sintomas negativos e de ansiedade, efeitos secundários da medicação e falta de Insight (Oh et al., 2014). O Bem-Estar subjetivo, e especialmente a sua rápida recuperação, tem sido associado a uma boa adesão terapêutica,

maior remissão sintomática a curto e longo prazo e melhor prognóstico. Ainda assim, apesar da importância e da posição central do bem-estar subjetivo na sua recuperação e prognóstico da pessoa com Esquizofrenia, pouco se tem investigado nesta área (Naber et al., 2013; Vothknecht et al., 2013).

1.4 A Escala de Bem-Estar Subjetivo sob Neurolépticos (SWN)

A “*Subjective Well-being under Neuroleptic Treatment Scale*” (Naber, 1995) é uma escala largamente usada nos estudos de avaliação do bem-estar subjetivo na Esquizofrenia. Foi originalmente construída com 38 itens de autopreenchimento, 20 frases positivas e 18 frases negativas, avaliadas numa escala de Likert de 6 pontos, e referentes aos últimos 7 dias. Em 2001, o mesmo autor criou uma versão mais curta, com 20 itens “*Subjective Well-being under Neuroleptic Treatment Scale – Short-Form*” (SWN-K) por diversas razões, nomeadamente a eliminação de itens não relacionados com o constructo, desenvolvimento de uma escala que permita a avaliação de doentes com sintomas psicóticos severos ou mesmo com défices na capacidade de atenção, e ainda, por questões práticas, uma vez que por ser mais curta, permite ao clínico rapidamente cotar as subescalas. Esta versão abreviada está altamente correlacionada com a original e apresenta uma boa validade de constructo (Naber et al., 2001). A SWN-K consiste em 20 itens cotados numa escala de Likert de 6 pontos, 10 cotados positivamente e 10 cotados negativamente. Esta escala mede a experiência subjetiva do Bem-Estar em cinco subescalas ou categorias. Cada subescala contém quatro itens, dois cotados positivamente (+) e dois cotados negativamente (-). As categorias são: regulação emocional (18+, 20+, 4-, 10-), autocontrolo (15+, 19+, 1-, 12-), funcionamento mental (3+, 7+, 11-, 17-), integração social (8+, 13+, 6-, 14-) e funcionamento físico (2+, 5+, 9-, 16-). Nos itens assinalados com “-” devem ser cotados inversamente. Por exemplo, 6=1, 5=2, 4=3, 3=4, 2=5, 1=6.

Apesar de a escala ter sido desenvolvida para avaliar a experiência subjetiva nestas cinco subescalas, a verdade é que investigações posteriores não confirmaram esta estrutura em subescalas (Pazvantoglu et al., 2012; Phillips et al., 2010; Siamouli et al., 2009). Assim, apesar da controvérsia da divisão da estrutura em subescalas, a verdade é que globalmente as propriedades psicométricas estão firmemente estabelecidas em doentes com Esquizofrenia (Balestrieri et al., 2006; de Haan, 2002; Naber, 1995; Siamouli et al., 2009), sendo capaz de avaliar de forma compreensiva a efetividade e qualidade do tratamento farmacológico na Esquizofrenia, assim como medir o bem-estar estar subjetivo dos doentes (Naber, 1995). A

SWN-K é uma escala de autopreenchimento que avalia o bem-estar subjetivo independentemente dos sintomas psicóticos. O doente pode completar a escala em aproximadamente 10 a 15 minutos. A cotação total varia entre 20 (pobre) a 120 (excelente) pontos. Considera-se haver uma resposta ao nível do Bem-Estar Subjetivo quando há um aumento da pontuação total da SWN-K superior ou igual a 20% e superior ou igual a 10 pontos. Esta definição foi usada para criar um critério dicotómico precoce semelhante à *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) ou à *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS). Considera-se em remissão quando a cotação total da SWN-K é igual ou superior a 80 pontos. Este valor corresponde à média das cotações elevadas dos itens positivos da SWN-K e baixas dos itens negativos da SWN-K. Assim, uma cotação total da SWN-K igual ou superior a 80 indica um Bem-Estar Subjetivo adequado (Lambert et al., 2007, 2006).

Uma das principais características desta escala é a de oferecer a possibilidade de avaliação dos pensamentos e sentimentos subjetivos dos doentes independentemente da psicopatologia. É devido a esta possibilidade que esta escala é usada em estudos que avaliam a qualidade de vida do doente, resposta ao tratamento e efeitos secundários dos fármacos (Chino et al., 2009; Karow et al., 2007; Putzhammer et al., 2005; Takeuchi et al., 2008). Alguns estudos demonstraram que é um bom preditor de indicadores de resposta ao tratamento, nomeadamente de entrada em remissão (Schennach-Wolff et al., 2010; Zeppegno et al., 2010), compatibilidade farmacológica (Naber et al., 2005) e qualidade de vida (Lambert et al., 2007; Schennach-Wolff et al., 2010). Para além da entrada em remissão, a SWN tem mostrado ser sensível à adesão ao tratamento e a mudanças na medicação (de Haan, 2002; Naber, 1995). Em estudos de neuroimagem, a cotação da SWN mostrou estar correlacionada com o bloqueio dos receptores dopaminérgicos D2. Diversos estudos demonstraram que a ocupação do receptor dopaminérgico D2 no estriado entre os 60% e os 70% correlacionava-se com um bem-estar subjetivo positivo em doentes com Esquizofrenia. Assim como uma ocupação superior a estes níveis estaria associada a um pobre bem-estar subjetivo (de Haan, 2000; de Haan et al., 2003; Mizrahi et al., 2009, 2007). Logo, parece existir uma relação próxima entre a experiência de um bem-estar subjetivo medido pela SWN e os mecanismos neurobiológicos medidos por diferenças na neurotransmissão dopaminérgica. Apesar de ser uma escala desenvolvida para avaliar o bem-estar subjetivo em doentes sob neurolépticos, a SWN demonstrou também ser um instrumento fiável de avaliação do bem-estar subjetivo em familiares de doentes e em indivíduos saudáveis (Vothknecht et al., 2013).

2. Objetivos

2.1 Principal

Estudo de Fiabilidade e Validade para a população portuguesa da escala “*Subjective Well-being Under Neuroleptic Treatment Scale – short form*” (Naber et al., 2001)

2.2 Secundários

Identificar que fatores sociodemográficos se correlacionam com o construto de Bem-Estar Subjetivo na população portuguesa de doentes no espectro da Esquizofrenia.

Estudar a associação entre os fatores clínicos (nomeadamente depressão, sintomas positivos e negativos, e funcionamento psicossocial) e o Bem-Estar Subjetivo

3. Metodologia

3.1 Desenho do Estudo

Estudo do tipo transversal

3.2 População-Alvo

Doentes com o diagnóstico de Esquizofrenia, Perturbação Esquizofreniforme, Perturbação Delirante Crónica ou Perturbação Esquizoafectiva.

3.3 Amostra do Estudo

Amostra de doentes com um dos diagnósticos assinalados na população-alvo, dado pelo médico psiquiatra assistente e confirmado pelos critérios de diagnóstico do DSM 5 recorrendo a consulta do processo clínico. Os doentes foram observados entre Julho de 2018 e Março de 2019. Os doentes integrados no estudo são doentes de ambulatório, acompanhados em consulta de psiquiatria no Centro Hospitalar Barreiro-Montijo EPE (n= 134) e no Hospital Distrital de Santarém EPE (n=8), residindo na área de influência dos respetivos hospitais. Caso estivessem internados recentemente no Departamento de Psiquiatria, teriam de ter tido alta há pelo menos um mês. Foram excluídos doentes com outro diagnóstico psiquiátrico co-mórbido, aqueles em que se colocaram dúvidas diagnósticas, e aqueles cujos défices cognitivos foram de tal forma evidentes na entrevista clínica ou no preenchimentos dos instrumentos do estudo que comprometiam o adequado preenchimento dos mesmos.

3.4 Procedimentos Metodológicos

Após elaboração do projeto de tese, e aprovação pelo Conselho Científico do Mestrado em Psicopatologia da Faculdade de Medicina de Lisboa, a mesma foi submetida à Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd) e à Comissão de Ética do Centro Académico de

Medicina de Lisboa (CAML), tendo obtido parecer favorável de ambas as comissões a 22 de Maio de 2017 (anexo 4) e 6 de Junho de 2017 (anexo 5), respetivamente.

Foi também pedida autorização à Direção dos Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental e Conselhos de Administração dos hospitais envolvidos para a realização deste estudo de investigação, tendo sido os pedidos deferidos.

Foi realizada, nas instituições onde decorreu o estudo, uma apresentação sobre o projeto de investigação, dando a conhecer aos médicos psiquiatras do departamento o projeto, com o intuito de estes poderem referenciar os seus doentes que cumpram os critérios de inclusão.

3.5 Colheita dos Dados

Os dados foram colhidos por quatro médicos do Departamento onde decorria o estudo, dois assistentes hospitalares em Psiquiatria (João Malhadas Martins e Diana Durães) e dois internos em Psiquiatria (Miguel Carneiro e Sérgio Esteves), após formação específica relativa ao tipo de entrevista clínica a ser aplicada, assim como à utilização dos instrumentos a serem aplicados no estudo. A cada doente foi explicado de forma sucinta em que consistia o projeto, foram esclarecidas as suas dúvidas, e foi solicitado o preenchimento de um consentimento informado (anexo 2). Após consulta do processo clínico e de uma breve entrevista clínica, foi preenchido um formulário relativo a Dados Sociodemográficos (Idade, Sexo, Escolaridade, Agregado Familiar, Estado Civil, Situação Profissional e Rendimentos Estimados do Agregado Familiar) e Clínicos (Diagnóstico, Duração Total Estimada da Doença, Início de Seguimento em Psiquiatria, número de Internamentos e Terapêutica Farmacológica) do doente (anexo 3), seguido do preenchimento dos instrumentos do estudo, sendo os dois primeiros de autopreenchimento (versão portuguesa da SWN-K – anexo 1 – e Escala de Satisfação com a Vida), e os seguintes de preenchimento pelo entrevistador (Escala de Depressão de Calgary, Escala de Funcionamento Psicossocial, e a *Positive and Negative Syndrome Scale*).

3.6 Instrumentos

3.6.1 SWN-K-P (Escala de Bem-Estar Subjetivo sob Neurolépticos, versão abreviada, em português)

Para adaptar a versão abreviada da SWN para português, foi utilizada a seguinte metodologia de tradução: foi enviado por email um pedido formal ao autor da escala, requerendo permissão para que a mesma pudesse ser usada neste processo de validação, a qual foi concedida. Subsequentemente, dois médicos psiquiatras (João Malhadas Martins e Vanessa Vila Nova) independentemente traduziram a versão inglesa da SWN-K para a língua portuguesa. Resultados divergentes foram discutidos em reuniões de consenso com um terceiro médico psiquiatra (Professora Doutora Maria Luísa Figueira). Após a tradução linguística, uma retro-tradução independente foi realizada por uma tradutora profissional (Professora Isabel Ferro Mealha, Departamento de Estudos Anglísticos da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa), a qual desconhecia o instrumento original. Posteriormente, a versão retro-traduzida foi apresentada ao autor da escala original, que confirmou que a mesma refletia com rigor as palavras originais.

3.6.2 Escala de Satisfação com a Vida

Com o intuito de avaliar a satisfação com a vida dos participantes do estudo, foi utilizada a “*Satisfaction With Life Scale*” (Diener et al., 1985), na versão traduzida e validada para a população portuguesa (Simoes, 1992). Trata-se de um instrumento breve de apenas 5 itens, de autopreenchimento, desenhado para medir a a satisfação do sujeito com a vida, de uma forma global e consciente, permitindo uma avaliação cognitiva da sua satisfação com a vida. É uma escala que requer cerca de 1 minuto de aplicação. Na versão original cada item é pontuado com base numa escala tipo Likert de 1 a 7. Em 1992, Simões publicou uma validação ulterior da escala, com apenas 5 pontos (Discordo muito, discordo um pouco, nem concordo nem discordo, concordo um pouco, concordo muito) para cada item e alterações de tradução para garantir a sua compreensão por populações de nível cultural inferior, tendo sido esta a escala usada neste estudo.

3.6.3 Escala de Desempenho Pessoal e Social

Na avaliação do funcionamento pessoal e social foi utilizada a versão traduzida e validada para a população portuguesa da *Personal and Social Performance Scale* (PSP) (Brissos et al., 2011). Trata-se de uma ferramenta rápida, viável e válida para avaliar o desempenho pessoal e social

de doentes com Esquizofrenia. É uma escala que avalia o funcionamento no mês prévio à sua aplicação em quatro domínios diferentes: (1) atividades socialmente úteis, incluindo trabalho e estudo (2) relações pessoais e sociais, (3) autocuidado e (4) comportamento perturbador e agressivo. Cada um destes domínios é cotado numa escala de severidade de 6 pontos (entre ausente até muito grave), tendo em conta definições operacionais específicas. O entrevistador atribui posteriormente uma cotação global entre 1 a 100 pontos, baseado nas informações colhidas na entrevista ou outras fontes válidas de informação respeitantes a estes domínios. Assim, a PSP é uma ferramenta de aplicação simples, demorando entre 5 a 10 minutos a completar.

Apesar de a escala não apresentar pontos de corte, a cotação global é habitualmente dividida em três níveis: o intervalo entre 71-100 está associado a dificuldades ligeiras ou mesmo ausentes no funcionamento psicossocial, o intervalo de 31-70 está associado a graus de incapacidade variados, e por fim, o intervalo entre 0-30 está associado a um funcionamento tão deficitário que requer apoio ou supervisão intensivos.

3.6.4 Escala de Depressão de Calgary para a Esquizofrenia

Para avaliar a presença de sintomatologia depressiva foi aplicada a Escala de Depressão de Calgary para a Esquizofrenia (EDCE) (Addington et al., 1993). A mesma encontra-se traduzida e disponível pelos autores originais da escala em língua portuguesa, contudo não estão publicados estudos de validação para a população portuguesa. A EDCE é uma escala desenvolvida especialmente para os doentes com Esquizofrenia, apresentando 9 itens cotados numa escala de Likert de 0 a 3 (Ausente, Ligeiro, Moderado e Grave). É a única escala de depressão desenhada especialmente para avaliação a depressão na Esquizofrenia, e que foi construída com o cuidado de diferenciar a depressão dos Sintomas Negativos, Positivos e Extrapiramidais em pessoas com Esquizofrenia. Deve ser aplicada por um entrevistador experiente, através de uma entrevista semiestruturada. É uma escala que avalia os sintomas depressivos nas duas semanas prévias à sua aplicação. Apesar do ponto de corte não estar claramente definido, sabe-se uma pontuação global acima de 6 pontos apresenta uma especificidade de 82% e uma sensibilidade de 85% na predição da presença de um episódio depressivo major. Sendo que ao diminuir o ponto de corte aumentamos a sensibilidade e reduzimos a especificidade, e aumentando o ponto de corte ocorre o oposto.

3.6.5 Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)

Para avaliar o nível global de psicopatologia entre os doentes, foi utilizada a *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS). A PANSS tem sido usada largamente em estudos clínicos na Esquizofrenia e outras doenças psicóticas para avaliar os sintomas nestas doenças, e é considerada o “gold standard” para a avaliação da eficácia do tratamento dos antipsicóticos. Trata-se de um instrumento de 30 itens inicialmente desenhada para representar os sintomas positivos (7 itens), negativos (7 itens) e de psicopatologia geral (16 itens). Cada item é cotado numa escala de Likert de 1 a 7 (ausente a extrema). Deve ser aplicada por um entrevistador treinado, através de uma entrevista semiestruturada. Apesar de traduzida para português, não se encontram publicados estudos sobre a validação desta escala para a população portuguesa.

4. Resultados

4.1 Características da Amostra

Da análise dos dados sociodemográficos da amostra (Tabela 1), posso afirmar que os 142 doentes recrutados para o presente estudo (104 homens e 38 mulheres) apresentam uma média de idades de 44,7 anos (DP= 12,53). Ao nível do diagnóstico, 97 participantes apresentam o diagnóstico de Esquizofrenia (68%), 33 apresentam o diagnóstico de Perturbação Esquizoafetiva (23%), 7 apresentam o diagnóstico de Perturbação Esquizofreniforme (5%) e 5 apresentam o diagnóstico de Perturbação Delirante (4%). Em termos de escolaridade, todos os indivíduos sabem ler e escrever e 98,6% têm pelo menos o 4ºano de escolaridade. 27,5% apresentam apenas o 4ºano de escolaridade; 32,4% têm o 9ºano de escolaridade, 33,1% têm o 12ºano e apenas 5,6% têm um grau universitário. A maioria dos participantes vive com os pais ou avós (55%); 22,1% dos participantes vive sozinho; 15,7% vive com o cônjuge e 11,4% com os seus filhos. A larga maioria dos participantes são solteiros (70,4%), sendo que 14,8% dos participantes estão casados ou em união de facto, 13,4% estão divorciados ou separados e 1,4% são viúvos. Relativamente à situação profissional, a larga maioria não apresenta uma atividade profissional ativa, sendo que 53,3% dos participantes estão reformados e 23,2% estão desempregados. Apenas 18,3% dos participantes se encontra empregado e 4,9% são estudantes ou estagiários não-renumerados. Finalmente, ao nível do rendimento do agregado familiar 28,8% vive com menos de 557 euros por mês (na altura em que o estudo foi desenhado, o salário mínimo nacional) e apenas 10,1% vive com mais de 1671 euros por mês. Salientando-se, tal como referido anteriormente, que a maioria dos participantes vive com os pais, avós ou outros familiares (73,6%).

Tabela 1 Dados Sociodemográficos da amostra, segundo diagnóstico

	Esquizofrenia (n=97)	Esquizoafetiva (n=33)	Esquizofreniforme (n=7)	Delirante (n=5)	Amostra Total (n=142)
Idade	44,8 (12,19)	46,3 (12)	28 (7,26)	57,2 (5,54)	44,7 (12,53)
Sexo					
Masculino	80 (82,5%)	15 (45,5%)	7 (100%)	2 (40%)	104 (73,2%)
Feminino	17 (17,5%)	18 (54,5%)	0 (0%)	3 (60%)	38 (26,8%)
Escolaridade					
Ler/Escriver	2 (2,1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (1,4%)
4ºano	32 (33%)	7 (21,2%)	0 (0%)	0 (0%)	39 (27,5%)
9ºano	29 (29,9%)	10 (30,3%)	3 (42,9%)	4 (80%)	46 (32,4%)
12ºano	29 (29,9%)	13 (39,4%)	4 (57,1%)	1 (20%)	47 (33,1%)
Universidade	5 (5,2%)	3 (9,1%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (5,6%)
Agregado Familiar					
Sozinho	22 (22,7%)	8 (24,2%)	1 (14,3%)	0 (0%)	31 (21,8%)
Cônjuge	10 (10,3%)	9 (27,3%)	1 (14,3%)	2 (40%)	22 (15,5%)
Filho(s)	6 (6,2%)	7 (21,2%)	0 (0%)	3 (60%)	16 (11,3%)
Pais	51 (52,6%)	15 (45,5%)	5 (71,4%)	2 (40%)	73 (51,4%)
Outros	29 (29,9%)	4 (12,1%)	2 (28,6%)	0 (0%)	35 (24,6%)
Estado Civil					
Solteiro	76 (78,4%)	18 (54,5%)	6 (85,7%)	0 (0%)	100 (70,4%)
Casado/União Facto	11 (11,3%)	7 (21,2%)	1 (14,3%)	2 (40%)	21 (14,8%)
Divorciado/Separado	9 (9,3%)	8 (24,2%)	0 (0%)	2 (40%)	19 (13,4%)
Viúvo	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (20%)	2 (1,4%)
Situação Profissional					
Estudante/Estagiário	1 (1%)	4 (12,1%)	2 (28,6%)	0 (0%)	7 (4,9%)
Empregado	17 (17,5%)	4 (12,1%)	3 (42,9%)	2 (40%)	26 (18,3%)
Desempregado	24 (24,7%)	7 (21,2%)	2 (28,6%)	0 (0%)	33 (23,2%)
Reformado	55 (56,7%)	18 (54,5%)	0 (0%)	3 (60%)	76 (53,5%)
Rendimento					
Baixo	28 (29,5%)	11 (34,4%)	0 (0%)	1 (20%)	40 (28,8%)
Médio	58 (61%)	20 (62,5%)	5 (71,4%)	2 (40%)	85 (61,1%)
Alto	9 (9,5%)	1 (3,1%)	2 (28,6%)	2 (40%)	14 (10,1%)

No que respeita a dados clínicos, foi considerada como **duração total da doença (DTD)** o tempo total desde o início da doença quando terão surgido os sintomas da doença que interferiam significativamente no funcionamento global da pessoa, segundo relato do próprio ou consulta do processo clínico, e como **duração do tratamento**, o tempo total de doença desde que iniciou acompanhamento em psiquiatria (consulta ou internamento) até ao momento do estudo. Relativamente à duração total da doença (DTD) , só foi possível avaliar em 118 participantes. Nestes, 18,6% dos participantes têm uma DTD inferior ou igual a 5 anos; 15,3% têm uma DTD entre 6 a 10 anos; 66,1% têm uma DTD superior a 10 anos e 33,9% superior a 20 anos. Quanto à duração do tratamento, o que foi possível apurar em todos os doentes, os valores percentuais são semelhantes aos obtidos na DTD, conforme se pode observar na Tabela 2. Relativamente ao número de internamentos, apenas 10,6% nunca foram internados; 27,5% tiveram apenas 1 internamento; sendo que os restantes 62% tiveram 2 ou mais internamentos.

No que respeita aos conceitos avaliados pelos instrumentos de avaliação do estudo (Tabela 3), 28,9% apresentavam um Bem-Estar Subjetivo (BES) inferior a 80 pontos, o que corresponde a um BES deficitário. Ao nível da satisfação com a vida, 23,9% apresentavam uma cotação inferior ou igual a 10 pontos, estando portanto globalmente insatisfeitos com a sua vida, e 28,9% apresentavam uma cotação superior a 20 pontos, estando portanto globalmente satisfeitos com a sua vida. Os restantes 47,2% estão numa posição intermédia. Pela aplicação da Escala de Depressão de Calgary, foi possível averiguar que 14,1% (20 participantes) apresentavam mais de 6 pontos, o que poderá predizer um quadro sugestivo de Episódio Depressivo Major. Ao nível do funcionamento psicossocial, foi possível apurar que apenas 27,5% apresentavam um “alto nível de funcionamento psicossocial” por apresentarem uma pontuação global superior a 70 pontos, e 7% (10 participantes), todos eles com o diagnóstico de Esquizofrenia, apresentam um funcionamento psicossocial marcadamente deficitário requerendo apoio ou supervisão intensivos. Da análise da PANSS verifica-se que os doentes com Esquizofrenia são também aqueles que apresentam pontuações mais altas em todas as subescalas (positiva, negativa e geral) e índice cognitivo.

Tabela 2 Dados Clínicos da amostra, segundo diagnóstico

	ESQUIZOFRENIA (N=97)	ESQUIZOAFETIVA (N=33)	ESQUIZOFRENIFORME (N=7)	DELIRANTE (N=5)	TOTAL (N=142)
DURAÇÃO DOENÇA (ANOS)					
≤ 5	14 (16,7%)	1 (4,3%)	5 (71,4%)	2 (50%)	22 (18,6%)
6 A 10	13 (15,5%)	3 (13%)	1 (14,3%)	1 (25%)	18 (15,3%)
11 A 15	15 (17,9%)	4 (17,4%)	0 (0%)	0 (0%)	19 (16,1%)
16 A 20	13 (15,5%)	5 (21,7%)	0 (0%)	1 (25%)	19 (16,1%)
> 20	29 (34,5%)	10 (43,5%)	1 (14,3%)	0 (0%)	40 (33,9%)
DURAÇÃO TRATAMENTO (ANOS)					
≤ 5	20 (20,6%)	2 (6,3%)	6 (85,7%)	4 (80%)	32 (22,7%)
6 A 10	13 (13,4%)	6 (18,8%)	0 (0%)	0 (0%)	19 (13,5%)
11 A 15	18 (18,6%)	9 (28,1%)	0 (0%)	0 (0%)	27 (19,1%)
16 A 20	13 (13,4%)	6 (18,8%)	0 (0%)	1 (20%)	20 (14,2%)
> 20	33 (34%)	9 (28,1%)	1 (14,3%)	0 (0%)	43 (30,5%)
Nº INTERNAMENTOS					
0	11 (11,3%)	2 (6,1%)	2 (28,6%)	0 (0%)	15 (10,6%)
1	29 (29,9%)	4 (12,1%)	4 (57,1%)	2 (40%)	39 (27,5%)
2	19 (19,6%)	9 (27,3%)	1 (14,3%)	1 (20%)	30 (21,1%)
3	12 (12,4%)	2 (6,1%)	0 (0%)	1 (20%)	15 (10,6%)
≥ 4	26 (26,8%)	16 (48,5%)	0 (0%)	1 (20%)	43 (30,3%)

Tabela 3 Cotações das escalas aplicadas na amostra, segundo diagnóstico

	ESQUIZOFRENIA (N=97)	ESQUIZOAFETIVA (N=33)	ESQUIZOFRENIFORME (N=7)	DELIRANTE (N=5)	TOTAL (N=142)
SWN-K-P	88,88 (16,28)	88,64 (15,48)	87,57 (19,87)	100,8 (12,46)	89,18 (16,16)
ESV	15,02 (5,94)	15,06 (5,54)	18,71 (6,34)	19,4 (4,88)	15,37 (5,89)
EDCE	2,91 (3,61)	3,58 (3,35)	3,86 (5,46)	1,4 (1,67)	3,06 (3,6)
≤ 6	85 (87,6%)	27 (81,8%)	5 (71,4%)	5 (100%)	122 (85,9%)
> 6	12 (12,4%)	6 (18,2%)	2 (28,6%)	0 (0%)	20 (14,1%)
PSP	6,03 (1,79)	6,7 (1,51)	6,71 (1,11)	7,8 (1,79)	6,28 (1,74)
PANSS POSITIVA	11,33 (4,12)	9,58 (3,25)	9,14 (3,02)	10,8 (2,77)	10,8 (3,91)
PANSS NEGATIVA	18,79 (7,18)	16,24 (6,61)	16,57 (7,83)	15,8 (8,53)	17,99 (7,15)
PANSS GERAL	29,59 (7,79)	27,42 (6,57)	26,57 (8,96)	28,8 (8,29)	28,91 (7,59)
PANSS TOTAL	59,71 (15,91)	53,24 (13,31)	52,29 (17,13)	55,4 (16,92)	57,69 (15,56)
PANSS INDEX COGNITIVO*	9,66 (3,01)	8,79 (2,71)	9,14 (4,02)	9,20 (3,11)	9,42 (2,99)

* Índice Cognitivo segundo Lindenmayer et al. 2004, que inclui os seguintes itens da PANSS: Desorganização conceitual (P2), Dificuldades no Pensamento abstrato (N5), Desorientação (G10), Atenção Pobre (G11) e Preocupação (G15).

4.2 Análise dos dados

A análise dos dados foi efetuada através do *R Statistical Software Package*. A análise focou-se: (1) na fiabilidade, através da consistência interna (Cronbach's α) e do método de divisão por metades, (2) na validade do constructo e (3) na validade do critério. Posteriormente foram estudadas as associações entre os resultados da Escala de Bem-Estar Subjetivo sob Neurolépticos, versão abreviada, em língua portuguesa (SWN-K-P) com as características sociodemográficas e outros dados clínicos dos participantes, o que fornece informação acerca de validade do instrumento, mas também informação sobre o bem-estar subjetivo nos doentes com perturbação no espectro da esquizofrenia.

4.2.1 Fiabilidade

A fiabilidade da escala SWN-K-P foi estimada através do cálculo dos coeficientes de fiabilidade de consistência interna e de divisão por metades. A consistência interna foi estimada através do cálculo do coeficiente alpha-Cronbach. A fiabilidade através do método de divisão por metades foi estimada através do coeficiente de Guttman.

4.2.1.1 Consistência Interna

A consistência interna da SWN-K-P é de 0,87, indicando que os itens apresentam um nível razoável de variância partilhada. As consistências internas das subescalas variam de 0,60 a 0,74, demonstrando igualmente uma quantidade razoável de variância partilhada. As correlações item-total variam entre 0,27 a 0,63.

4.2.1.2 Fiabilidade pelo Método de Divisão por Metades

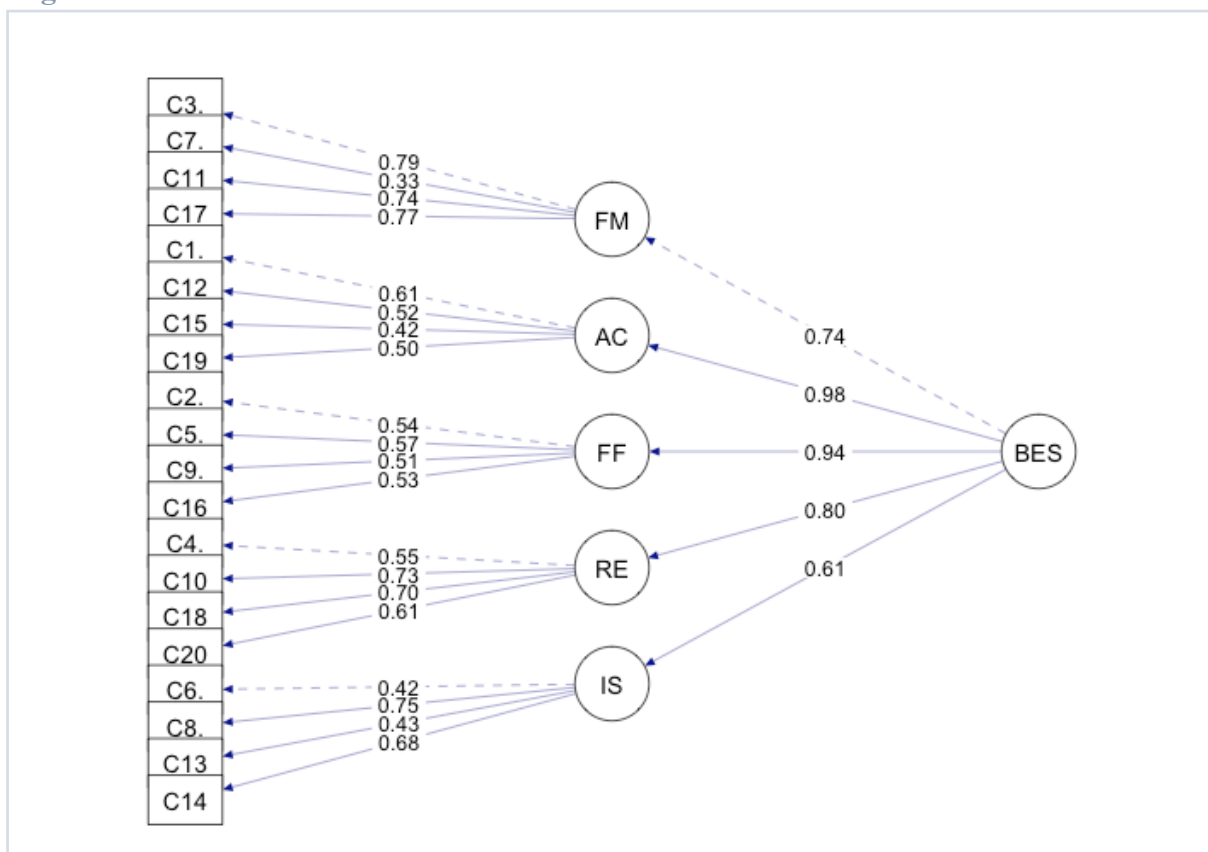
O coeficiente de fiabilidade de divisão por metades da SWN-K-P é de 0,77, indicando, tal como na análise da consistência interna pelo índice de Cronbach, que os itens apresentam um nível razoável de consistência interna.

4.2.2 Validade do Constructo

Foi utilizado o teste de Kaiser-Meyer Olkin, tendo obtido um resultado de 0,81, confirmando assim que o tamanho da amostra é adequado para a análise fatorial. De seguida, uma análise fatorial confirmatória dos itens foi efetuada na SWN-K-P com o intuito de replicar a estrutura fatorial da escala original e obter parâmetros estimados para uma solução hierárquica. Os pesos

fatoriais (*loadings*) dos itens da primeira ordem fatorial variam entre 0,33 e 0,79, enquanto que os pesos fatoriais dos itens de segunda ordem para o Bem-Estar Subjetivo variam entre 0,61 e 0,98, revelando uma magnitude moderada a forte dos pesos fatoriais (Figura 1). O modelo demonstrou contudo não estar bem adaptado aos dados, conforme demonstrado na Tabela 4.

Figura 1 Análise Fatorial Confirmatória da SWN-K-P



Análise fatorial confirmatória dos itens da SWN-K-P com o intuito de replicar a estrutura fatorial da escala original e obter parâmetros estimados para uma solução hierárquica. Os pesos fatoriais (*loadings*) dos itens da primeira ordem fatorial variam entre 0,33 e 0,79, enquanto que os pesos fatoriais dos itens de segunda ordem para o Bem-Estar Subjetivo variam entre 0,61 e 0,98, revelando uma magnitude moderada a forte dos pesos fatoriais.

Tabela 4 Teste de ajuste dos indicadores para o modelo da análise fatorial hierárquica da SWN-K-P (n=142)

Chi Quadrado	df	p	CFI	RMSEA	CI
303,97	150	<0,001	0,82	0,085	0,071 a 0,099

4.2.3 Validade do Critério

Foi realizada uma validade do critério à Escala de Bem-Estar Subjetivo sob Neurolépticos, versão abreviada, em língua portuguesa (SWN-K-P) através do calculo da correlação entre a SWN-K-P, a Escala de Satisfação com a Vida, a Escala de Depressão de Calgary e a Escala de Desempenho Pessoal e Social.

4.2.3.1 Associação do bem-estar subjetivo com a Satisfação com a Vida

A cotação total da SWN-K-P tem uma correlação moderada com a cotação total da Escala de Satisfação com a vida ($r=0,41$, $p<0,001$).

4.2.3.2 Associação do bem-estar subjetivo com a Depressão

A cotação total da SWN-K-P tem uma correlação negativa forte com a cotação total da Escala de Depressão da Calgary ($r=-0,64$, $p<0,001$).

4.2.3.3 Associação do bem-estar subjetivo com o Desempenho Pessoal e Social

A cotação total da SWN-K-P tem uma correlação moderada com a cotação total da Escala de Desempenho Pessoal e Social ($r=0,36$, $p<0,01$).

4.2.3.4 Associação do Bem-Estar Subjetivo com sintomas positivos, negativos, cognitivos e gerais da PANSS

A cotação total da SWN-K-P não apresenta correlação com a cotação da subescala de sintomas positivos da PANSS ($r=-0,19$, $p=1,00$); apresentando contudo uma correlações moderadas negativas com a cotação da subescala de sintomas negativos ($r=-0,34$; $p<0,01$), com a cotação da subescala de psicopatologia geral ($r=-0,54$; $p<0,001$) e ainda com a cotação total da PANSS ($r=-0,47$; $p<0,001$). Foi ainda avaliada a correlação com o índice cognitivo segundo Lindenmayer et al (2004), que inclui os seguintes itens da PANSS: Desorganização conceptual (P2), Dificuldades no Pensamento abstrato (N5), Desorientação (G10), Atenção Pobre (G11) e Preocupação (G15); tendo sido obtida uma correlação significativa com a cotação total SWN-K-P moderada negativa ($r=-0,30$; $p<0,001$).

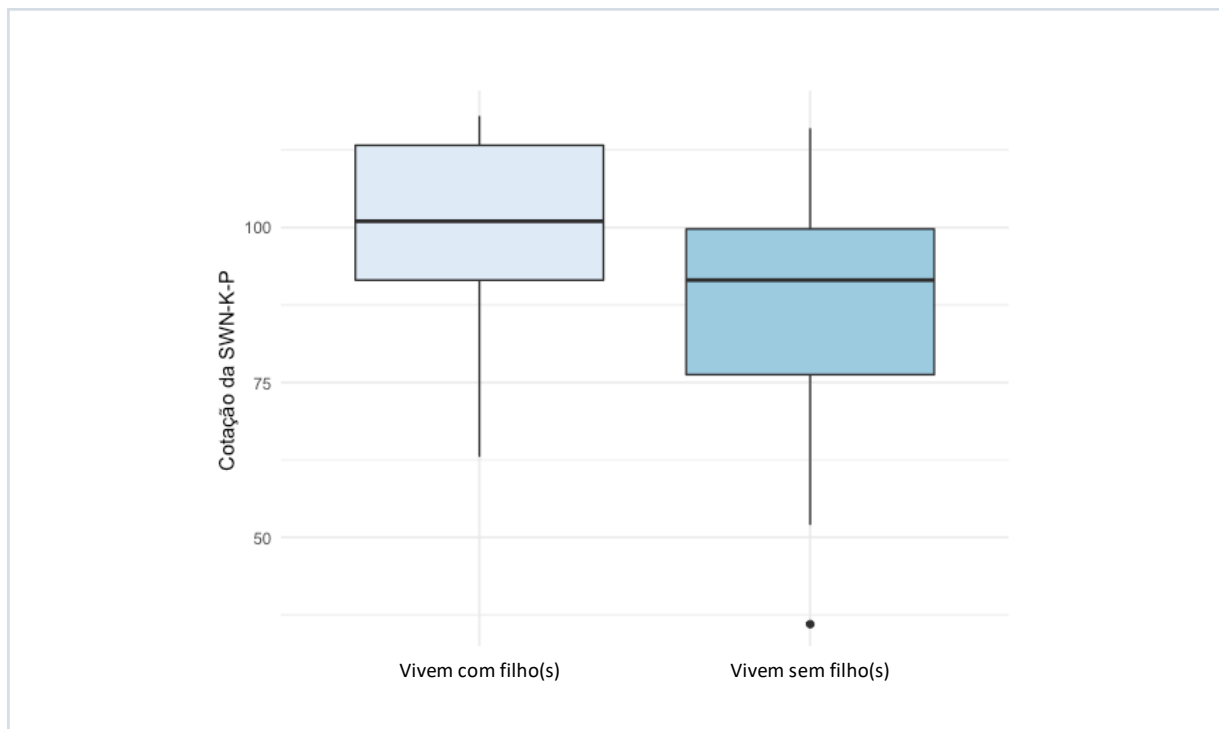
4.2.4 Associações entre o bem-estar subjetivo e as características sociodemográficas

Os resultados não mostraram diferenças entre homens e mulheres no resultado total da SWN-K-P ($H=88.3$ $M=91.7$ $df=69$; $t=-1,14$ $p=0,26$), nem na escolaridade dos participantes ($F=1,50$ $p=0,22$). De igual modo, não se verificou correlação entre a SWN-K-P e a idade ($r=0,05$

$p=0,53$). Relativamente ao **agregado familiar**, não se verificaram diferenças significativas na cotação final da SWN-K-P entre os diferentes agregados considerados ($F=1,32$ $p=0,22$): viver sozinho, viver com cônjuge, viver com filhos, viver com pais, viver com avós, viver com outros. Contudo se dividirmos a amostra sucessivamente em dois grupos, e analisarmos as diferenças na cotação final da SWN-K-P entre ambos, através de um *t-test* (Figura 3), podemos verificar que em uma dessas análises: viver com filhos *versus* viver sem filhos, existe uma diferença estatisticamente significativa (Filhos=99,3 S/Filhos=87,9 $df=19$ $t=2,68$ $p=0,01$) (Figura 2).

Ao nível de **rendimento mensal do agregado familiar**, a amostra foi dividida em 3 grupos (baixo, médio e alto rendimento), sendo considerado baixo rendimento os participantes cujo agregado familiar recebe menos que o ordenado mínimo nacional na altura do desenho do estudo (557 euros), o rendimento médio o agregado familiar que recebe entre 557 euros e 1671 euros (até 3 vezes o ordenado mínimo nacional) e o rendimento alto, aqueles que recebem um valor mensal superior a 1671 euros. Assim, relativamente ao rendimento mensal do agregado familiar, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente à cotação final da SWN-K-P ($F=4,36$ $p=0,01$), sendo que quanto maior o rendimento mensal do agregado familiar, maior o bem-estar subjetivo do participante (Figura 3). Relativamente à **situação profissional**, não se verificaram diferenças significativas entre as diferentes variáveis (estar desempregado, ser estudante, estar a realizar um estágio ou curso não renumerado, estar a trabalhar e estar reformado) no resultado final da SWN-K-P ($F=0,73$ $p=0,39$). Posteriormente decidi avaliar se o bem-estar subjetivo seria diferente entre os participantes que têm uma ocupação e os que não têm. Dividindo a amostra em dois grupos: ter uma ocupação (trabalhar, estagiar ou estudar) *versus* não ter uma ocupação (desempregado ou reformado), verificou-se que os grupos são estatisticamente diferentes (Figura 4), sendo que quem tem uma ocupação tem em média uma cotação final na SWN-K-P maior (Não tem ocupação=86,9 Tem ocupação=96,7 $df=58$ $t=-3,34$ $p=0,001$).

Figura 2 Cotação total da SWN-K-P dos participantes que vivem com filho(s) e sem filho(s)



Esta figura mostra a diferença no que respeita ao bem-estar subjetivo do participante e o **viver com os seus filhos**. A amostra foi dividida em dois grupos: (1) viver com filhos e (2) viver sem filhos, verifica-se que viver com filhos é estatisticamente diferente de viver sem filhos no que respeita ao bem-estar subjetivo (Filhos=99,3 S/Filhos=87,9 df=19 $t=2,68$ $p=0,01$)

Figura 3 Bem-estar Subjetivo por variável do agregado familiar

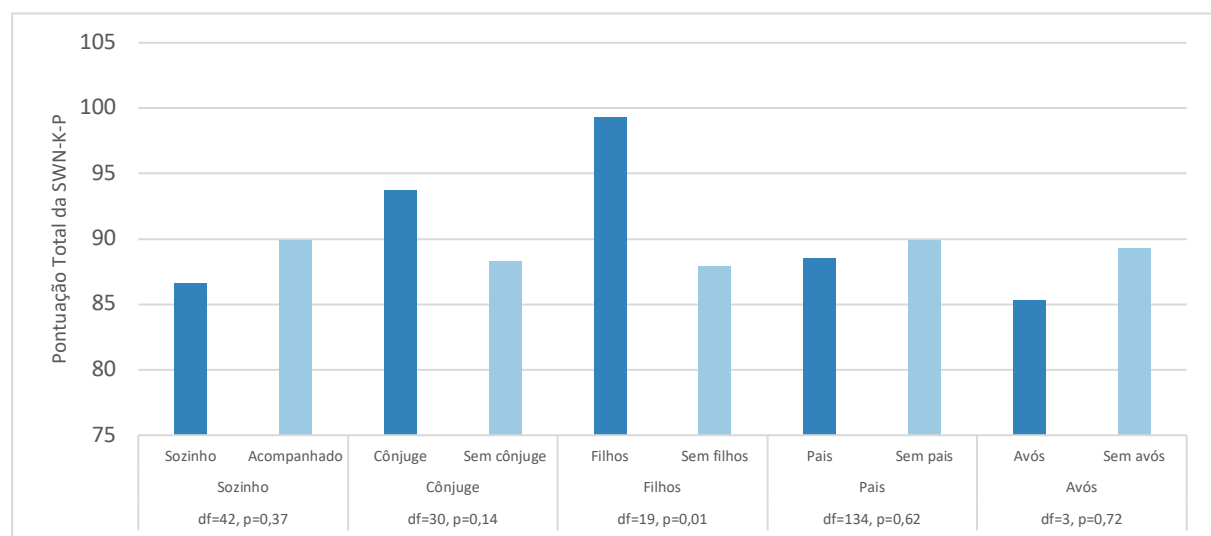
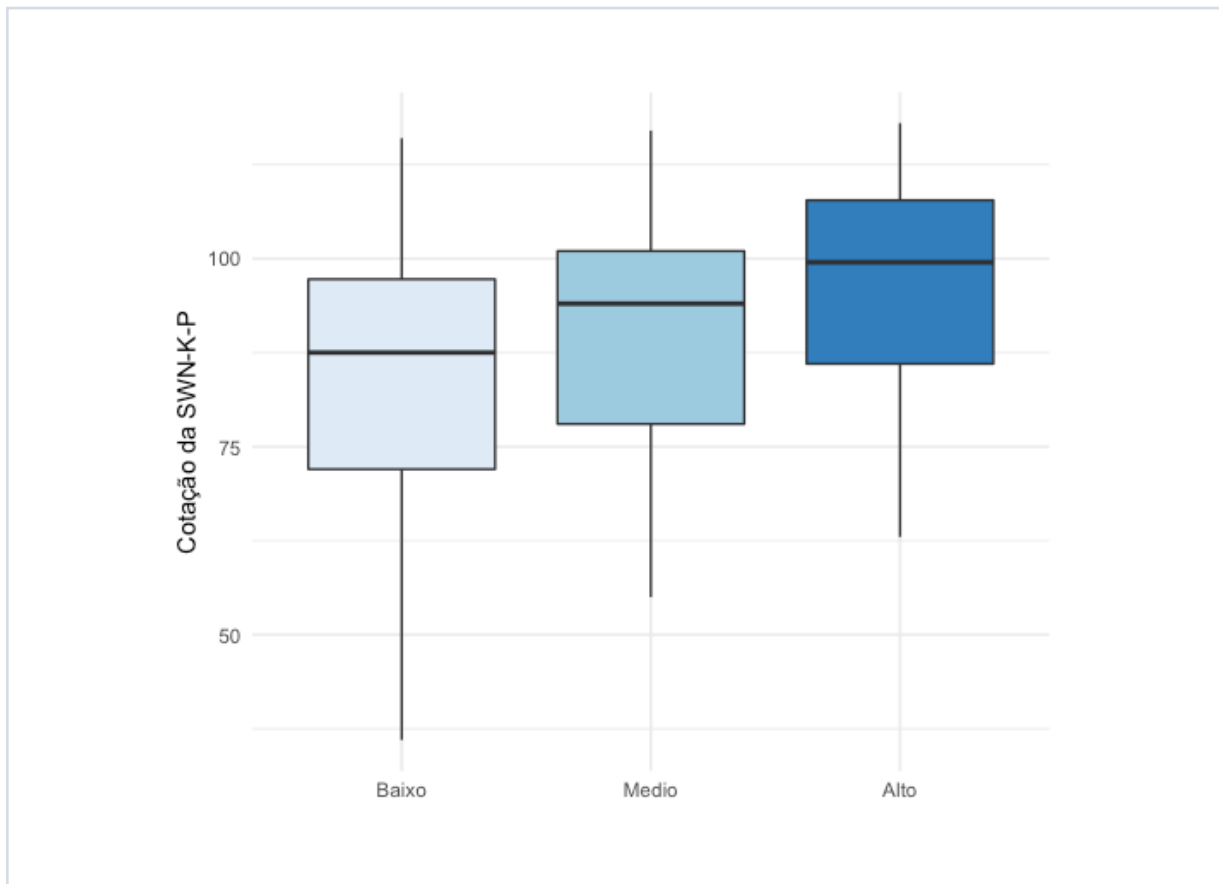
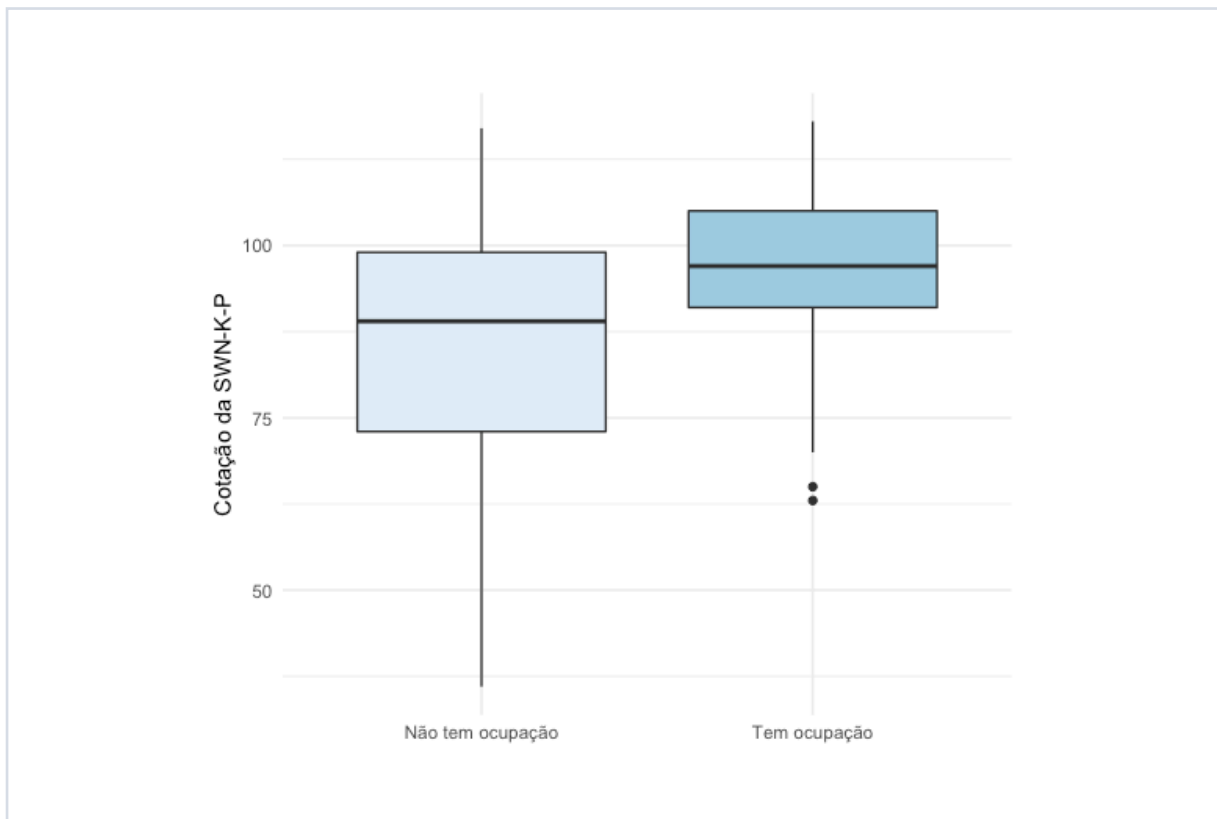


Figura 4 Cotação total da SWN-K-P dos participantes com rendimentos baixos, médios e altos do agregado familiar



Relativamente ao **rendimento mensal do agregado familiar**, e considerando um rendimento mensal baixo (inferior ou igual a 557 euros), médio (entre 557 euros e 1671 euros) e alto (superior a 1671 euros) verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($F=4,36$ $p=0,01$), sendo que quanto maior o rendimento mensal do agregado familiar, maior o bem-estar subjetivo do participante

Figura 5 Cotação total da SWN-K-P dos participantes que têm e não têm ocupação profissional



Relativamente à **situação profissional**, se dividirmos a amostra em dois grupos, considerando os que têm uma ocupação (trabalhar ou estudar) versus o que não têm (desempregado ou reformado), verifica-se que os grupos são estatisticamente diferentes relativamente à cotação total da SWN-K-P (Não tem ocupação=86,9 Tem ocupação=96,7 df=58 $t=-3,34$ $p=0,001$), sendo que os que têm uma ocupação tem um maior bem-estar subjetivo.

4.2.5 Associações entre o bem-estar subjetivo e as características clínicas

No que respeita as diferenças entre diagnósticos no resultado total da SWN-K-P, tal análise não foi efetuada devido ao pequeno número de amostra de alguns grupos diagnósticos, assim como pela diferença do tamanho da amostra entre grupos. Relativamente à **duração da doença** (tempo total desde o início da doença quando terão surgido os sintomas da doença que interferiam significativamente no funcionamento global da pessoa, segundo relato do próprio ou consulta do processo clínico; $r=-0,15$ $p=0,11$) **duração do tratamento**, ou seja, tempo total da doença desde que iniciaram acompanhamento em psiquiatria, consulta ou internamento ($r=-0,06$ $p=0,46$), **número de internamentos** ($r=0,13$ $p=0,12$) e **tempo de doença não tratada**, ou seja, a duração desde o início dos sintomas até ao início do acompanhamento em psiquiatria

($r=-0,17$ $p=0,08$) não se verificaram associações significativas entre estas variáveis e a cotação total da SWN-K-P (Tabela 5).

No que respeita ao tratamento farmacológico, é apresentado na Tabela 6 a caracterização da amostra relativamente à medicação. As diferenças estatísticas entre grupos psicofarmacológicos respetivamente ao Bem estar subjetivo são apresentadas na Figura 6. Relativamente ao **tratamento com antipsicóticos**, 14 participantes estão a fazer apenas antipsicótico(s) de primeira geração, 92 estão a fazer apenas antipsicótico(s) de segunda geração, 34 estão a fazer ambos os grupos de antipsicóticos e 2 não estão a fazer qualquer antipsicótico. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente à cotação total da escala de SWN-K-P ($F=1,82$ $p=0,15$). No que respeita ao **tratamento com um ou mais antipsicóticos**, apurou-se que 67 pessoas fazem apenas 1 antipsicótico e 73 fazem mais que 1 antipsicótico. A diferença entre os dois grupos relativamente à cotação final da SWN-K-P é significativa, sendo que quem toma apenas um antipsicótico tem em média uma maior cotação total na SWN-K-P (toma apenas 1 antipsicótico=93,2; toma mais que 1 antipsicótico=85,4; $t=2,98$ $df=139$ $p=0,003$). Relativamente à toma ou não de **antipsicótico injetável periódico**, 89 realizavam periodicamente injetável e 52 não realizavam; sendo que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos relativamente a cotação total da SWN-K-P (Faz Injetável periódico=91,0 Não Faz injetável periódico=86,0 $t=1,63$ $df=85$ $p=0,11$). No que respeita às outras classes de psicofármacos, apurou-se que existe diferença significativa entre o grupo que faz **antidepressivos** do que o grupo que não faz, sendo que quem faz antidepressivo tem em média, uma menor cotação na escala SWN-K-P (Toma AD=82,6 Não toma=91,3 $t=-2,56$ $df=50$ $p=0,01$). Os restantes grupos psicofarmacológicos não apresentavam diferenças significativas relativamente à cotação do SWN-K-P, nomeadamente o fazer ou não **estabilizador do humor** (Toma=85,9 Não toma=90,5 $t=-1,55$ $df=75$ $p=0,13$), **benzodiazepinas** (Toma=87,6 Não toma=90,5 $t=-1,09$ $df=139$ $p=0,28$) e **anticolinérgicos** (Toma=88,0 Não toma=89,5 $t=-0,44$ $df=48$ $p=0,66$).

Fui posteriormente analisar se a diferença encontrada entre tomar e não tomar antidepressivos seria porque os doentes que estariam a fazer antidepressivos teriam mais sintomatologia depressiva, sendo que numa primeira análise verificou-se que os doentes que tomavam antidepressivos têm em média uma pontuação maior na escala de Calgary para a Esquizofrenia, contudo a diferença entre os grupos não é estatisticamente significativa (Toma AD=4,29; Não

toma AD=2,67; $t=1,91$; $df=44$ $p=0,06$). Posteriormente analisei se o grupo que toma antidepressivos tem uma diferença significativa de doentes com episódio depressivo major, através do ponto de corte na Escala de Calgary (considerando equivalente a ter um episódio depressivo major uma pontuação EDCE > 6; Figura 5). Esta análise revelou que existem diferenças entre os grupos (tomar ou não antidepressivos) no que respeita a ter EDCE superior a 6 ou não ($\chi^2= 5,08$ $p=0,03$).

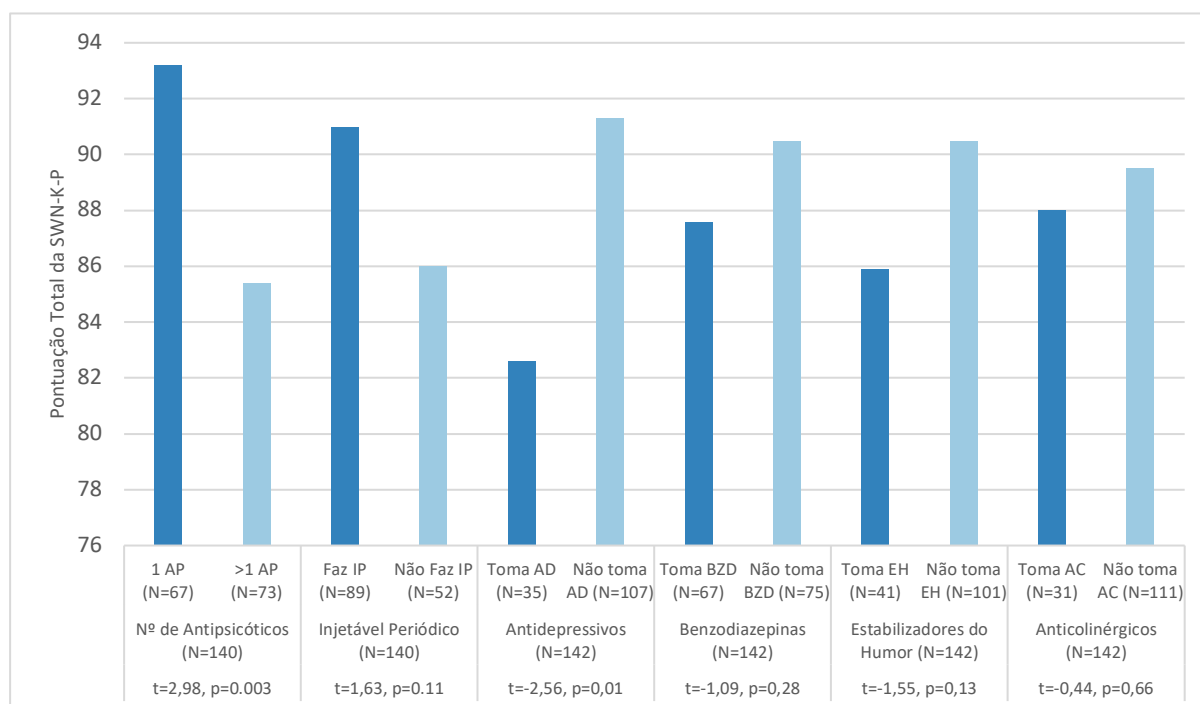
Tabela 5 Associações estatísticas entre Bem-Estar Subjetivo e Características Clínicas

Duração da Doença (n=118)	$r=-0,15$ $p=0,11$
Duração do Tratamento (n=142)	$r=-0,06$ $p=0,46$
Número de Internamentos (n=142)	$r=0,13$ $p=0,12$
Tempo de Doença não Tratada (n=118)	$r=-0,17$ $p=0,08$

Tabela 6 Caracterização da amostra relativamente à medicação

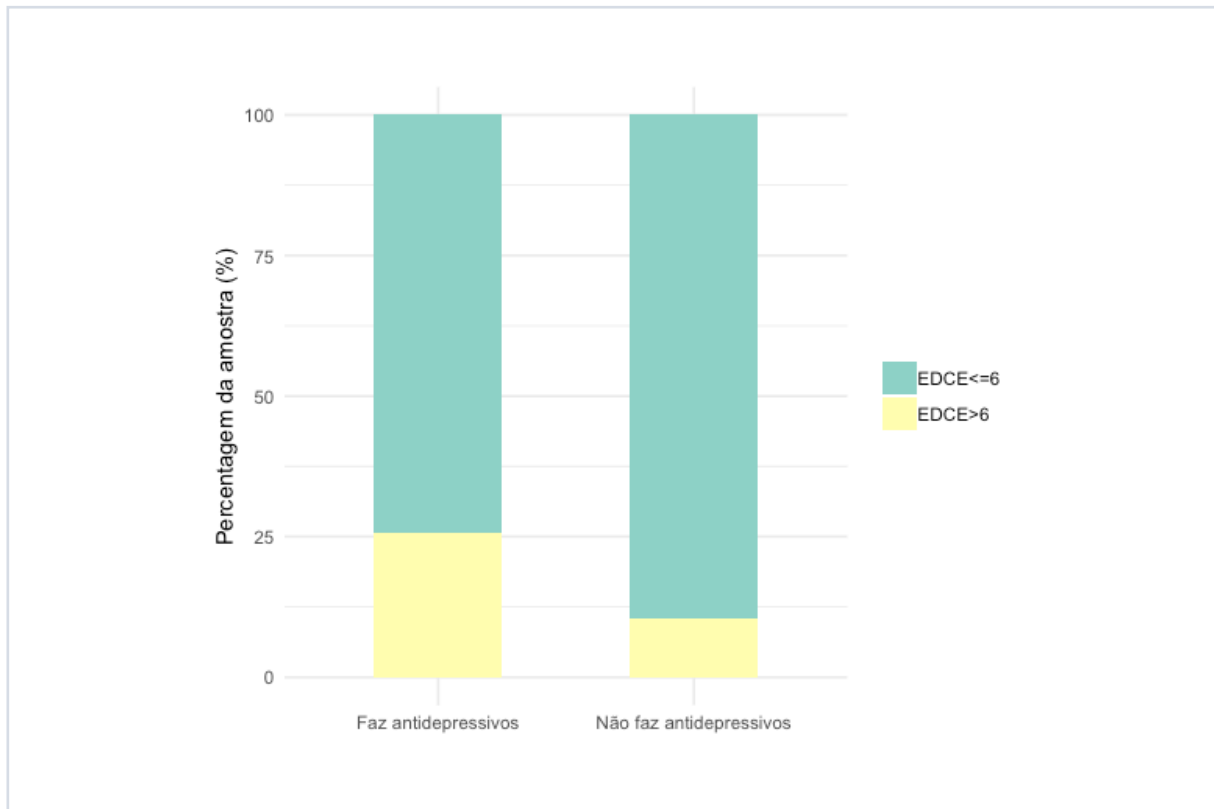
	ESQUIZOFRENIA (N=97)	ESQUIZOAFETIVA (N=33)	ESQUIZOFRENIFORME (N=7)	DELIRANTE (N=5)	TOTAL (N=142)
CLASSE PSICOFARMACOLÓGICA					
Antipsicótico (AP) 1ª Geração	37 (38,1%)	10 (30,3%)	0 (0%)	1 (20%)	48 (33,8%)
Antipsicótico (AP) 2ª Geração	84 (86,6%)	32 (97%)	6 (85,7%)	4 (80%)	126 (88,7%)
Estabilizador Humor	15 (15,5%)	24 (72,7%)	1 (14,3%)	1 (20%)	41 (28,9%)
Benzodiazepina	47 (48,5%)	20 (60,6%)	0 (0%)	0 (0%)	67 (47,2%)
Antidepressivo	25 (25,8%)	8 (24,2%)	1 (14,3%)	1 (20%)	35 (24,6%)
Anticolinérgico	22 (22,7%)	9 (27,3%)	0 (0%)	0 (0%)	31 (21,8%)
NÚMERO DE ANTIPSICÓTICOS					
Apenas 1 AP	45 (46,4%)	14 (42,4%)	4 (57,1%)	4 (80%)	67 (47,2%)
> 1 AP	51 (52,6%)	19 (57,6%)	2 (28,6%)	1 (20%)	73 (51,4%)
Não toma AP	1 (1%)	0 (0%)	1 (14,3%)	0 (0%)	2 (1,4%)
ANTIPSICÓTICO 1ª VS 2ª GERAÇÃO					
Apenas AP 1ª Geração	12 (12,4%)	1 (3%)	0 (0%)	1 (20%)	14 (9,9%)
Apenas AP 2ª Geração	59 (60,8%)	23 (69,7%)	6 (85,7%)	4 (80%)	92 (64,8%)
AP 1ª e 2ª Geração	25 (25,8%)	9 (27,3%)	0 (0%)	0 (0%)	34 (23,9%)
ANTIPSICÓTICO INJETÁVEL PERIÓDICO					
Toma AP Injetável	63 (64,9%)	21 (63,6%)	2 (33,3%)	3 (60%)	89 (63,6%)
Não toma AP Injetável	33 (34%)	12 (36,4%)	4 (66,7%)	2 (40%)	51 (36,4%)

Figura 6 Diferenças estatísticas relativas à cotação total na SWN-K-P entre diferentes grupos psicofarmacológicos



Esta figura mostra as análises estatísticas efectuadas no sentido de avaliar as diferenças no bem-estar subjetivo (através da pontuação na SWN-K-P) em diferentes grupos psicofarmacológicos. Em relação à classe dos antipsicóticos (AP) foi avaliada a diferença na cotação total da SWN-K-P entre fazer apenas um antipsicótico ou mais que um antipsicótico, tendo sido encontrado uma diferença estatisticamente significativa (toma apenas 1 antipsicótico=93,2; toma mais que 1 antipsicótico=85,4; $t=2,98$ $df=139$ $p=0.003$), sendo que quem toma apenas um antipsicótico tem uma cotação total na SWN-K-P superior a quem faz mais que um antipsicótico. Ainda na classe dos antipsicóticos foi avaliado se existe uma diferença na cotação total da SWN-K-P relativamente a quem faz medicação injetável periódica (IP), não se encontrando diferenças entre os grupos (Faz Injetável periódico=91,0 Não Faz injetável periódico=86,0 $t=1,63$ $df=85$ $p=0.11$). Relativamente à toma de antidepressivos, constatou-se que quem toma antidepressivos (AD) tem um bem-estar subjetivo significativamente inferior a quem não toma (Toma AD=82,6 Não toma=91,3 $t=-2,56$ $df=50$ $p=0,01$). Relativamente à classe das benzodiazepinas (BZD), estabilizadores do humor (EH) e anticolinérgicos (AC), não foram encontradas diferenças significativas entre quem toma ou não toma estes fármacos.

Figura 7 Percentagem de participantes que têm uma cotação total na EDCE (Escala de Depressão de Calgary para a Esquizofrenia) > 6 nos participantes que tomam e não tomam antidepressivos



Esta figura mostra as diferenças entre o grupo que toma antidepressivos e o que não toma antidepressivos no que respeita a ter um diagnóstico de **episódio depressivo major** (considerando ter um episódio depressivo major uma pontuação total na EDCE superior a 6), a amostra foi dividida em dois grupos: (1) "tomar antidepressivos" e (2) "não tomar antidepressivos", verificando-se diferenças significativas entre os dois grupos, sendo que o grupo que faz antidepressivos tem mais participantes com sintomatologia compatível com episódio depressivo major ($\chi^2 = 5,08$ $p=0,03$).

5. Discussão

O constructo de bem-estar subjetivo é uma área de investigação de crescente importância nas perturbações psicóticas, principalmente devido à maior consciencialização da variabilidade de respostas ao tratamento psicofarmacológico e à importância que as experiências subjetivas do doente sob terapêutica têm para o próprio tratamento e prognóstico (Vothknecht S, et al. 2011). As escalas de autopreenchimento fornecem o acesso mais direto às perceções individuais do doente e por isso, a SWN-K é um instrumento de investigação, e com utilidade na prática clínica, que permite aceder diretamente às diferentes dimensões do bem-estar subjetivo em doentes com perturbação psicótica.

O processo de desenvolvimento da SWN-K-P e a análise dos resultados de fiabilidade e validade foram rigorosamente descritos. Os dados mostram uma consistência interna, assim como uma validade do constructo e critério adequadas para a SWN-K-P, o que permite a sua utilização na população portuguesa. A versão portuguesa da SWN-K é consistente internamente (Cronbach's $\alpha = 0,87$), sendo que as fiabilidades das subescalas variam de 0,60 a 0,74, demonstrando igualmente uma consistência interna razoável. Foi ainda calculado o coeficiente de fiabilidade de divisão por metades da SWN-K-P (0,77), demonstrando mais uma vez que os itens apresentam um nível adequado de consistência interna. Para a análise da validade do constructo, uma análise fatorial confirmatória dos itens foi efetuada com o intuito de replicar a estrutura fatorial da escala original e obter parâmetros estimados para uma solução hierárquica. Os pesos fatoriais (*loadings*) dos itens da primeira e segunda ordem fatorial demonstraram ter uma magnitude moderada a forte, variando entre 0,33 e 0,79 nos itens de primeira ordem, e entre 0,61 e 0,98 nos itens de segunda ordem, contudo o modelo não demonstrou estar bem adaptado aos dados, o que significa que a organização da escala em cinco subdimensões da versão original não se confirma nesta versão portuguesa ($\chi^2=303.97$; $p<0,001$; CFI 0,82; RMSEA 0,085). Estes resultados vão de encontro a outros estudos de validação da escala que não confirmaram esta estrutura de cinco subdimensões (Pazvantoglu et al., 2012; Phillips et al., 2010; Siamouli et al., 2009; Vothknecht et al., 2013). Para a análise da validade do critério, foi analisada a associação entre o bem-estar subjetivo com a satisfação com a vida, depressão, desempenho pessoal e social e psicopatologia. Existe bastante evidência na literatura que comprova que o bem-estar subjetivo está intimamente associado à experiência das emoções positivas, a um baixo nível de humor depressivo, a elevada satisfação com a vida,

a melhor *performance* funcional, e ainda a menor psicopatologia, principalmente, menor sintomatologia negativa e sintomas gerais (Diener et al, 2009; Haring L, et al. 2013; Naber D, et al. 2001; Mohr P, et al. 2013; Chino B, et al. 2009; Siamouli M, et al. 2009; Pazvantoglu O, et al. 2012; Haan L, et al. 2002). Este estudo vai de encontro com os resultados obtidos na literatura, demonstrando correlações estatisticamente significativas moderadas a fortes entre o bem-estar subjetivo (avaliado pela cotação total da SWN-K-P) e a satisfação com a vida ($r=0,41$; $p<0,001$), depressão ($r=-0,64$; $p<0,001$), funcionalidade pessoal e social ($r=0,36$; $p<0,01$), sintomas negativos ($r=-0,34$; $p<0,01$), sintomas cognitivos ($r=-0,30$; $p<0,01$), sintomas gerais ($r=-0,54$; $p<0,001$) e ainda com a cotação total da PANSS ($r=-0,47$; $p<0,001$). Estes resultados contribuem fortemente para a validade da versão portuguesa da escala SWN-K.

Na análise das associações entre o Bem-Estar Subjetivo e as características sociodemográficas é interessante salientar que os indivíduos que vivem com os filhos têm um bem-estar subjetivo significativamente mais alto versus os que não vivem (Viver com filhos=99,3 Viver sem filhos=87,9 $df=19$ $t=-2,68$ $p=0,01$). Relativamente ao rendimento mensal do agregado familiar, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ao nível do bem-estar subjetivo, sendo que quanto maior o rendimento mensal do agregado familiar, maior o bem-estar subjetivo do participante ($F=4,36$ $p=0,01$).

Por fim, é também interessante verificar que embora não se verificarem diferenças significativas entre as situações profissionais dos participantes ao nível do bem-estar subjetivo ($F=0,73$ $p=0,39$), quando agrupamos a amostra entre os que têm uma ocupação (trabalhar, estagiar ou estudar) versus os que não têm (desempregado ou reformado), verifica-se que os grupos são estatisticamente diferentes, sendo que os que têm uma ocupação têm um bem-estar subjetivo superior aos que não têm. (Não tem ocupação=86,9 Tem ocupação=96,7 $df=58$ $t=3,34$ $p=0,001$). Muito embora estas associações serem robustas e interessantes, convém salientar que não revelam necessariamente causalidade, podendo ser também resultado de causalidade inversa ou fatores confundentes (ex: os indivíduos com melhor bem-estar subjetivo são aqueles com maior funcionalidade e menor psicopatologia, e portanto, com maior probabilidade de terem filhos, terem uma ocupação profissional e maior rendimento).

Os dados deste estudo não mostram diferenças ao nível do bem-estar subjetivo entre homens e mulheres, e as correlações entre o bem-estar subjetivo e a idade ou escolaridade não foram significativas. Apesar de não ser consensual na literatura, alguns estudos apontam para um

menor bem-estar subjetivo em doentes mais velhos, e um melhor bem-estar subjetivo em doentes com mais educação (Wehmeier et al, 2007; Schennach-Wolff et al, 2010). Relativamente às associações entre bem-estar subjetivo e dados clínicos, não se encontrou associação com a duração da doença, do tratamento, nem com o tempo de doença não tratada. Estes dados são consistentes com a literatura existente (Naber et al, 2001; de Haan et al, 2003; Moritz et al, 2002; Schimmelmann et al, 2005; Lambert et al, 2009).

Na análise dos dados relativamente ao tratamento com antipsicóticos, o bem-estar subjetivo não foi diferente entre os doentes que faziam apenas antipsicóticos de 1ª geração versus antipsicóticos de 2ª geração versus ambos os grupos de antipsicóticos ($F=1,82$ $p=0,15$). Na literatura, existe evidência que mostra que o bem-estar subjetivo melhora tanto com os antipsicóticos de 1ª geração como de 2ª geração. Contudo os resultados dos ensaios clínicos sobre o bem-estar subjetivo usando antipsicóticos de 1ª geração versus de 2ª geração são contraditórios, com diversos estudos a demonstrar não existir diferenças, e outros a reportar um melhor bem-estar subjetivo nos doentes que fazem antipsicóticos de 2ª geração versus de 1ª geração (Vothknecht S et al. 2011). Provavelmente esta diferença poderá dever-se ao facto dos antipsicóticos de 1ª geração, principalmente em doses mais elevadas, estarem mais associados a efeitos extrapiramidais e cognitivos, o que por sua vez se associam a um menor bem-estar subjetivo.

No presente estudo, não se encontraram diferenças significativas de bem-estar subjetivo entre os utentes que fazem antipsicótico injetável versus os que não fazem (Faz Injetável periódico=91,0 Não Faz injetável periódico=86,0 $t=1,63$ $df=85$ $p=0.11$). Relativamente à toma de um único antipsicótico versus múltiplos antipsicóticos, verificou-se que aqueles que faziam apenas um antipsicótico tinham um maior bem-estar subjetivo (toma apenas um antipsicótico=93,2; toma mais que um antipsicótico=85,4; $t=2,98$ $df=139$ $p=0.003$). Esta diferença poder-se-á dever ao facto de um maior número de antipsicóticos estar associado a mais efeitos secundários, que por sua vez está associado a um menor bem-estar subjetivo. Outra explicação possível poderá estar relacionada com o facto dos doentes que fazem mais que um antipsicótico são habitualmente aqueles com uma perturbação mais severa ou resistência ao tratamento.

No que respeita à toma de antidepressivos, a análise dos dados revelou que quem toma antidepressivos tem um bem-estar subjetivo mais baixo comparado a quem não toma (toma AD=82,6 Não toma AD=91,3 $t=-2,56$ $df=50$ $p=0,01$). Esta associação poderá ser explicada

pelo facto de o grupo que faz antidepressivos ter mais sintomatologia depressiva relativamente ao grupo que não faz antidepressivos (toma AD=4,29; não toma=2,67; $t=1,91$; $df=44$ $p=0,06$), e especialmente por este grupo ter um maior número de doentes com um quadro compatível com episódio depressivo maior ($\chi^2= 5,08$ $p=0,03$). Os restantes grupos psicofarmacológicos não apresentavam diferenças significativas no bem-estar subjetivo, nomeadamente o tomar ou não estabilizador do humor (toma EH=85,9 não toma EH=90,5 $t=-1,55$ $df=75$ $p=0,13$), benzodiazepinas (toma BZD=87,6 não toma BZD=90,5 $t=-1,09$ $df=139$ $p=0,28$) e anticolinérgicos (toma AC=88,0 não toma AC=89,5 $t=-0,44$ $df=48$ $p=0,66$).

Os resultados deste estudo têm várias **limitações** metodológicas. Em primeiro lugar, o estudo está limitado à respetiva amostra. A amostra deste estudo (1) tem um tamanho pequeno relativamente à população estimada de doentes com Esquizofrenia e outras doenças psicóticas em Portugal, (2) provém maioritariamente de uma única área geográfica portuguesa, a área abrangida pelo Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, e (3) tem uma heterogeneidade marcada em termos de quadros clínicos e tratamentos. Assim, não é possível afirmar com certeza que os resultados aqui encontrados podem ser extensíveis a outros grupos e subgrupos de doentes psicóticos, particularmente no que respeita aos fatores sociodemográficos e clínicos que este estudo encontrou como estando associados ao bem-estar subjetivo. Realço ainda o número reduzido de doentes com outros diagnósticos que não Esquizofrenia e também que os subgrupos de doentes psicóticos com marcados défices cognitivos, doentes não estabilizados clinicamente ou não colaborantes e com co-morbilidades não foram incluídos neste estudo. A heterogeneidade de tratamentos, quer farmacológicos, quer não farmacológicos (estes últimos não foram sequer considerados neste estudo) pode representar fatores confundentes relevantes. Seria importante a realização de mais estudos, com amostras maiores, e com focos particulares em diferentes subgrupos de doentes, em termos de características sociodemográficas e clínicas, para melhor avaliar o quão esses domínios afetam o bem-estar subjetivo.

6. Conclusões

A SWN-K é uma escala de autopreenchimento, de fácil aplicação, para avaliar de forma fidedigna o bem-estar subjetivo de doentes sob neurolépticos. A versão portuguesa da SWN-K é um instrumento fiável e válido, com propriedades psicométricas próximas da escala original, e pode ser aplicada a doentes com perturbações psicóticas na população portuguesa.

O Bem-estar subjetivo é um conceito muito importante, mas muitas vezes negligenciado nos doentes no espectro da Esquizofrenia. A satisfação com a vida, a presença de sintomatologia depressiva e negativa, a funcionalidade e ocupação do doente, e o rendimento do agregado familiar são fatores associados ao bem-estar subjetivo nesta população. Os clínicos devem estar mais atentos a esta dimensão do doente, assim como à relevância dos fatores atrás referidos no bem-estar do doente. Uma abordagem multidimensional no tratamento do doente é fundamental, dados os domínios sintomatológicos afetados pela doença, assim como pelo impacto transversal que a doença tem na vida pessoal, familiar, social e profissional do doente. A avaliação do bem-estar subjetivo não é redundante e pode fornecer informação crucial para a melhoria dos cuidados das pessoas com doença mental e da sua qualidade de vida.

BIBLIOGRAFIA

- Addington, D., Addington, J., Maticka-tyndale, E., 1993. Assessing Depression in Schizophrenia: The Calgary Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 163, 39–44. <https://doi.org/10.1192/S0007125000292581>
- Alptekin, K., Akvardar, Y., Akdede, B.B.K., Dumlu, K., Işık, D., Pirinçci, F., Yahssin, S., Kitiş, A., 2005. Is quality of life associated with cognitive impairment in schizophrenia? *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 29, 239–244. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2004.11.006>
- Balestrieri, M., Giaroli, G., Mazzi, M., Bellantuono, C., 2006. Performance of the Italian Version of the Subjective Well-being under Neuroleptic (SWN) Scale in Schizophrenic Outpatients. *Pharmacopsychiatry* 39, 81–84. <https://doi.org/10.1055/s-2006-941480>
- Barbato, A., WHO Nations for Mental Health Initiative, World Health Organization. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, 1997. *Schizophrenia and public health*. World Health Organization, DC.HQ.
- Bartels, M., Boomsma, D.I., 2009. Born to be Happy? The Etiology of Subjective Well-Being. *Behavior Genetics* 39, 605–615. <https://doi.org/10.1007/s10519-009-9294-8>
- Bleuler, M., Clemens, S.M., 1978. *The schizophrenic disorders: long-term patient and family studies*. Yale University Press, New Haven; London.
- Brissos, S., Palhava, F., Marques, J.G., Mexia, S., Carmo, A.L., Carvalho, M., Dias, C., Franco, J.D., Mendes, R., Zuzarte, P., Carita, A.I., Molodynski, A., Figueira, M.L., 2011. The Portuguese version of the Personal and Social Performance Scale (PSP): reliability, validity, and relationship with cognitive measures in hospitalized and community schizophrenia patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 12.
- Carrick, R., Mitchell, A., Powell, R.A., Lloyd, K., 2004. The quest for well-being: A qualitative study of the experience of taking antipsychotic medication. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 77, 19–33. <https://doi.org/10.1348/147608304322874236>
- Chesney, E., Goodwin, G.M., Fazel, S., 2014. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry* 13, 153–160. <https://doi.org/10.1002/wps.20128>

- Chino, B., Nemoto, T., Fujii, C., Mizuno, M., 2009. Subjective assessments of the quality of life, well-being and self-efficacy in patients with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 63, 521–528. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2009.01995.x>
- Craddock, N., Owen, M.J., 2010. The Kraepelinian dichotomy – going, going ... but still not gone. *British Journal of Psychiatry* 196, 92–95. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.073429>
- de Haan, L., 2002. Patients' perspectives. Subjective experiences and attitudes of patients with recent onset schizophrenia. Faculty of Medicine, University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands.
- de Haan, L., 2000. Subjective Experience and Striatal Dopamine D2 Receptor Occupancy in Patients With Schizophrenia Stabilized by Olanzapine or Risperidone. *American Journal of Psychiatry* 157, 1019–1020. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.6.1019>
- de Haan, L., van Bruggen, M., Lavalaye, J., Booij, J., Dingemans, P.M.A.J., Linszen, D., 2003. Subjective Experience and D₂ Receptor Occupancy in Patients With Recent-Onset Schizophrenia Treated With Low-Dose Olanzapine or Haloperidol: A Randomized, Double-Blind Study. *American Journal of Psychiatry* 160, 303–309. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.2.303>
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., Griffin, S., 1985. The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment* 49, 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Diener, E., Oishi, S., Lucas, R.E., 2003. Personality, Culture, and Subjective Well-Being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life. *Annual Review of Psychology* 54, 403–425. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145056>
- Diener, E., Ryan, K., 2009. Subjective Well-Being: A General Overview. *South African Journal of Psychology* 39, 391–406. <https://doi.org/10.1177/008124630903900402>
- Eack, S.M., Newhill, C.E., 2007. Psychiatric Symptoms and Quality of Life in Schizophrenia: A Meta-Analysis. *Schizophrenia Bulletin* 33, 1225–1237. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl071>
- Fenton, W.S., Blyler, C.R., Heinssen, R.K., 1997. Determinants of Medication Compliance in Schizophrenia: Empirical and Clinical Findings. *Schizophrenia Bulletin* 23, 637–651. <https://doi.org/10.1093/schbul/23.4.637>

- Fibiger, H.C., 2012. Psychiatry, The Pharmaceutical Industry, and The Road to Better Therapeutics. *Schizophrenia Bulletin* 38, 649–650.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbs073>
- Garavan, J., Browne, S., Gervin, M., Lane, A., Larkin, C., O’Callaghan, E., 1998. Compliance with neuroleptic medication in outpatients with schizophrenia; relationship to subjective response to neuroleptics; attitudes to medication and insight. *Comprehensive Psychiatry* 39, 215–219. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(98\)90063-3](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(98)90063-3)
- Green, M.F., 1996. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am J Psychiatry* 153, 321–330. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.3.321>
- Karow, A., Czekalla, J., Dittmann, R.W., Schacht, A., Wagner, T., Lambert, M., Schimmelmann, B.G., Naber, D., 2007. Association of subjective well-being, symptoms, and side effects with compliance after 12 months of treatment in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 68, 75–80.
- Kooyman, I., Dean, K., Harvey, S., Walsh, E., 2007. Outcomes of public concern in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 191, s29–s36.
<https://doi.org/10.1192/bjp.191.50.s29>
- Lambert, M., Naber, D., Eich, F.X., Schacht, M., Linden, M., Schimmelmann, B.G., 2007. Remission of severely impaired subjective wellbeing in 727 patients with schizophrenia treated with amisulpride. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 115, 106–113. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00862.x>
- Lambert, M., Schimmelmann, B.G., Naber, D., Schacht, A., Karow, A., Wagner, T., Czekalla, J., 2006. Prediction of remission as a combination of symptomatic and functional remission and adequate subjective well-being in 2960 patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 67, 1690–1697.
- Lee, Y.-W., Kim, J.-H., Ann, J.-H., Cho, S.-E., Lee, J., Kim, M.-J., Cho, Seong-Jin, Cho, I.-H., Kim, S.J., Lee, Y.-J., Bae, S.-M., 2010. Subjective Well-being in Patients with Schizophrenia Treated with Atypical Antipsychotics: The Impact of Psychopathology and Adverse Drug Effects. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience* 8, 149–155.
- Lindenmayer, J.-P., Czobor, P., Volavka, J., Lieberman, J.A., Citrome, L., Sheitman, B., McEvoy, J.P., Cooper, T.B., Chakos, M., 2004. Effects of atypical antipsychotics on the syndromal profile in treatment-resistant schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 65, 551–556.

- Marwaha, S., Johnson, S., 2004. Schizophrenia and employment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 39, 337–349. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0762-4>
- Matsui, M., Sumiyoshi, T., Arai, H., Higuchi, Y., Kurachi, M., 2008. Cognitive functioning related to quality of life in schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 32, 280–287. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2007.08.019>
- Mizrahi, R., Mamo, D., Rusjan, P., Graff, A., Houle, S., Kapur, S., 2009. The relationship between subjective well-being and dopamine D2 receptors in patients treated with a dopamine partial agonist and full antagonist antipsychotics. *The International Journal of Neuropsychopharmacology* 12, 715. <https://doi.org/10.1017/S1461145709000327>
- Mizrahi, R., Rusjan, P., Agid, O., Graff, A., Mamo, D.C., Zipursky, R.B., 2007. Adverse Subjective Experience With Antipsychotics and Its Relationship to Striatal and Extrastriatal D2 Receptors: a PET Study in Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 164, 8. <https://doi.org/10.1159/000029119>
- Moritz, S., Krausz, M., Gottwalz, E., Lambert, M., Perro, C., Ganzer, S., Naber, D., 2000. Cognitive Dysfunction at Baseline Predicts Symptomatic 1-Year Outcome in First-Episode Schizophrenics. *Psychopathology* 33, 48–51. <https://doi.org/10.1159/000029119>
- Naber, D., 1995. A self-rating to measure subjective effects of neuroleptic drugs, relationships to objective psychopathology, quality of life, compliance and other clinical variables: *International Clinical Psychopharmacology* 10, 133–138. <https://doi.org/10.1097/00004850-199509000-00017>
- Naber, D., Moritz, S., Lambert, M., Rajonk, F., Holzbach, R., Mass, R., Andresen, B., Frank, P., Rüdiger, H., Reinhard, M., Burghard, A., 2001. Improvement of schizophrenic patients' subjective well-being under atypical antipsychotic drugs. *Schizophrenia Research* 50, 79–88. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(00\)00166-3](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(00)00166-3)
- Naber, D., Peuskens, J., Schwarzmann, N., Goltz, M., Krüger, H., Lambert, M., Maria Haro, J., 2013. Subjective well-being in schizophrenia: A randomised controlled open-label 12-month non-inferiority study comparing quetiapine XR with risperidone (RECOVER). *European Neuropsychopharmacology* 23, 1257–1269. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2013.07.006>
- Naber, D., Riedel, M., Klimke, A., Vorbach, E.-U., Lambert, M., Kuhn, K.-U., Bender, S., Bandelow, B., Lemmer, W., Moritz, S., Dittmann, R.W., 2005. Randomized double blind comparison of olanzapine vs. clozapine on subjective well-being and clinical outcome in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 111, 106–115. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00486.x>

- Nes, R.B., 2010. Happiness in Behaviour Genetics: Findings and Implications. *Journal of Happiness Studies* 11, 369–381. <https://doi.org/10.1007/s10902-009-9145-6>
- OECD, 2013. OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being. OECD Publishing.
- Oh, J., Ko, Y.-H., Paik, J.-W., Lee, M.-S., Han, C., Jeong, H.-G., Ham, B.-J., Kim, Y.-K., Kim, S.-H., 2014. Variables Influencing Subjective Well-Being in Patients with Schizophrenia. *Korean Journal of Schizophrenia Research* 17, 93. <https://doi.org/10.16946/kjsr.2014.17.2.93>
- Owen, M.J., Sawa, A., Mortensen, P.B., 2016. Schizophrenia. *The Lancet* 388, 86–97. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01121-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01121-6)
- Pazvantoglu, O., Simsek, O., Aydemir, O., Sarisoy, G., Korkmaz, I., Mor, S., Boke, O., cok, A., 2012. Reliability and validity of subjective well-being under the neuroleptic drug treatment scale-short form, Turkish version. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 1. <https://doi.org/10.5455/bcp.20120731082335>
- Phillips, G., Chen, L., Johnston, J., Stauffer, V., Kinon, B., Ascher-Svanum, H., Kollack-Walker, S., Naber, D., 2010. Factor analysis and item response theory analysis of the Subjective Wellbeing Under Neuroleptic Treatment scale: Suggestion for item reduction. *Int J Neuropsychopharmacol* 13.
- Putzhammer, A., Perfahl, M., Pfeiff, L., Hajak, G., 2005. Correlation of Subjective Well-being in Schizophrenic Patients with Gait Parameters, Expert-rated Motor Disturbances, and Psychopathological Status. *Pharmacopsychiatry* 38, 132–138. <https://doi.org/10.1055/s-2005-864125>
- Ritsner, M.S., Arbitman, M., Lisker, A., Ponizovsky, A.M., 2012. Ten-year quality of life outcomes among patients with schizophrenia and schizoaffective disorder II. Predictive value of psychosocial factors. *Quality of Life Research* 21, 1075–1084. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-0015-4>
- Sass, L.A., 2014. Self-disturbance and schizophrenia: Structure, specificity, pathogenesis (Current issues, New directions). *Schizophrenia Research* 152, 5–11. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.05.017>
- Schennach-Wolff, R., Jäger, M., Obermeier, M., Schmauss, M., Laux, G., Pfeiffer, H., Naber, D., Schmidt, L.G., Gaebel, W., Klosterkötter, J., Heuser, I., Kühn, K.-U., Lemke, M.R., Rüther, E., Klingberg, S., Gastpar, M., Seemüller, F., Möller, H.-J., Riedel, M., 2010. Quality of life and subjective well-being in schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders: Valid predictors of symptomatic response and remission? *The*

- World Journal of Biological Psychiatry 11, 729–738.
<https://doi.org/10.3109/15622971003690289>
- Schimmack, U., 2003. Affect Measurement in Experience Sampling Research. *Journal of Happiness Studies* 4, 79–106. <https://doi.org/10.1023/A:1023661322862>
- Schimmelmann, B.G., Paulus, S., Schacht, M., Tilgner, C., Schulte-Markwort, M., Lambert, M., 2005. Subjective Distress Related to Side Effects and Subjective Well-Being in First Admitted Adolescents with Early-Onset Psychosis Treated with Atypical Antipsychotics. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 15, 249–258.
<https://doi.org/10.1089/cap.2005.15.249>
- Siamouli, M., Moutou, K., Pantoula, E., Magiria, S., Chatzivasileiou, I., Arapidis, K., Chatzivasileiou, A., Deres, S., Fountoulakis, K.N., 2009. Preliminary data concerning the reliability and psychometric properties of the Greek translation of the 20-item Subjective Well-Being Under Neuroleptic Treatment Scale (SWN-20). *Annals of General Psychiatry* 8, 3. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-8-3>
- Simoes, A., 1992. Ulterior validação de uma Escala de Satisfação com a Vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia* Ano XXVI, 503–515.
- Stanghellini, G., 2013. Psychopathology: re-humanizing psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 127, 436–437. <https://doi.org/10.1111/acps.12091>
- Stanghellini, G., Raballo, A., 2015. Differential typology of delusions in major depression and schizophrenia. A critique to the unitary concept of ‘psychosis.’ *Journal of Affective Disorders* 171, 171–178. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.09.027>
- Takeuchi, H., Suzuki, T., Uchida, H., Nakajima, S., Nomura, K., Kikuchi, T., Manki, H., Watanabe, K., Kashima, H., 2008. A Randomized, Open-Label Comparison of 2 Switching Strategies to Aripiprazole Treatment in Patients With Schizophrenia: Add-On, Wait, and Tapering of Previous Antipsychotics Versus Add-On and Simultaneous Tapering. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 28, 540–543.
<https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e3181842586>
- Valenstein, M., Blow, F.C., Copeland, L.A., McCarthy, J.F., Zeber, J.E., Gillon, L., Bingham, C.R., Stavenger, T., 2004. Poor Antipsychotic Adherence Among Patients With Schizophrenia: Medication and Patient Factors. *Schizophrenia Bulletin* 30, 255–264. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007076>
- Voruganti, L.N.P., Awad, A.G., 2002. Personal evaluation of transitions in treatment (PETiT): a scale to measure subjective aspects of antipsychotic drug therapy in

schizophrenia. *Schizophrenia Research* 56, 37–46. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(01\)00161-X](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(01)00161-X)

Vothknecht, S., Meijer, C., Zwinderman, A., Kikkert, M., Dekker, J., van Beveren, N., Schoevers, R., de Haan, L., 2013. Psychometric evaluation of the Subjective Well-being Under Neuroleptic Treatment Scale (SWN) in patients with schizophrenia, their relatives and controls. *Psychiatry Research* 206, 62–67. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.09.004>

Zeppugno, P., Allera, O., Prosperini, P., Colombo, M., Porro, M., Lombardi, A., Gili, S., Feggi, A., Torre, E., 2010. P02-144 - Subjective well-being under neuroleptics (SWN): a predictor of clinical and psychosocial outcome in acute patients. preliminary data. *European Psychiatry* 25, 764. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(10\)70758-6](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(10)70758-6)

ANEXOS

Anexo 1: Escala de Bem-Estar Subjetivo sob Tratamento com Neurolépticos, versão abreviada, em língua portuguesa (SWN-K-P)

Escala de Bem-Estar Subjetivo sob Tratamento com Neurolépticos (Versão Abreviada)

Instruções: Todas as afirmações são referentes aos últimos sete dias. Por favor, assinale a resposta apropriada. Não discuta as questões com ninguém antes de responder. Responda com sinceridade e não deixe nenhuma questão em branco. Não existem respostas certas ou erradas, responda sempre de acordo com o que sente ou pensa.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Nada	Um pouco	De alguma maneira	Consideravelmente	Muito	Extremamente
1. Sinto-me impotente e sem controlo de mim mesmo.					
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2. Sinto-me muito confortável com o meu corpo.					
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
3. Acho fácil pensar.					
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
4. Não tenho esperança no futuro.					
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
5. Sinto que o meu corpo me é familiar.					
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
6. Sou muito envergonhado no que respeita a conhecer pessoas.					
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
7. Sou imaginativo e cheio de ideias.					
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
8. O meu ambiente parece-me amigável e familiar.					
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
9. Sinto-me fraco e exausto.					
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

10. As minhas emoções e sensações estão apagadas. Nada me interessa.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

11. O meu raciocínio é difícil e lento.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

12. Os meus sentimentos e comportamentos são inapropriados às situações. Fico chateado com pequenas coisas, as coisas importantes dificilmente me afetam.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

13. Acho fácil relacionar-me com as pessoas à minha volta.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

14. Perceciono o meu ambiente como estando mudado, estranho e ameaçador.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

15. Acho fácil estabelecer a diferença entre mim e os outros.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

16. O meu corpo é um fardo para mim.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

17. Os meus pensamentos são voláteis e sem direção; acho difícil pensar claramente.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

18. Estou interessado no que acontece à minha volta, e o que acontece à minha volta é importante para mim.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

19. Os meus pensamentos e comportamento são apropriados nesta situação particular.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

20. Estou cheio de confiança; vai tudo correr bem.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

Anexo 2: Consentimento Informado

Consentimento informado relativo ao projeto - Bem-Estar Subjetivo no Spectrum da Esquizofrenia: Estudo de validação da “Subjective Well-being under Neuroleptic Treatment Scale” -

Eu, _____ abaixo assinado, concordo em participar no estudo “Bem-Estar Subjetivo no Spectrum da Esquizofrenia” que procura validar para a população portuguesa a escala “Subjective Well-being under Neuroleptic Treatment Scale – Short Form”.

A participação neste estudo não apresenta qualquer risco para a saúde, nem apresenta quaisquer implicações no tratamento em curso.

Fui informado pelos investigadores dos procedimentos envolvidos no estudo de modo a poder decidir livremente se concordo em participar neste projeto de investigação.

A minha participação consistirá no preenchimento de um questionário e numa breve entrevista clínica com a duração estimada de 20 minutos.

Os investigadores assumem a responsabilidade pela confidencialidade de quaisquer dados recolhidos.

Foi-me explicado que a minha participação é voluntária e depende do meu consentimento após a leitura do presente documento. Dado o carácter voluntário da minha participação, é-me possível desistir do estudo em qualquer altura sem qualquer penalização ou perda de direitos.

O presente documento foi-me dado a ler, levando o tempo que entendesse necessário. Ficarei com cópia do mesmo.

Em caso de dúvidas poderei contactar os investigadores:

João Malhadas Martins

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE

Morada: Avenida Movimento das Forças Armadas, 2830-003 Barreiro

Telefone: 21 214 7300

Email: martinsj@campus.ul.pt

Data: _____ / _____ / _____

Assinatura do Participante:

Assinatura do Investigador:

Anexo 3: Dados Sócio-Demográficos e Clínicos

A. Questionário Sócio-Demográfico

A1 Código

--

A2 Idade

1	Menos de 20 anos
2	20-29 anos
3	30-39 anos
4	40-49 anos
5	50-59 anos
6	Igual ou mais de 60 anos

A3 Sexo

1	Masculino
2	Feminino

A4 Escolaridade

1	Não sabe ler ou escrever
2	Sabe ler e escrever
3	4ºano
4	9ºano
5	12ºano
6	Universidade

A5 Agregado Familiar

1	Sozinho
2	Cônjuge ou pessoa em união facto
3	Filhos
4	País
5	Avós
6	Outros familiares
7	Amigos ou conhecidos

A6 Estado Civil

1	Solteiro
2	Casado / União de Facto
3	Divorciado / Separado
4	Viúvo

A7 Situação Profissional

1	Desempregado
2	Estudante
3	Estágio/Curso Não Remunerado
4	Trabalho Curto Prazo (<= 1 ano)
5	Trabalho Longo Prazo (> 1 ano)
6	Reformado

A8 Nível Socioeconómico/
Rendimentos estimados do
agregado familiar

1	Menos que 557 euros
2	557-1114 euros
3	1115-1671 euros
4	1672-2228 euros
5	2229-2785 euros
6	mais que 2785 euros

B. Informação Clínica

B1 Diagnóstico

Assegurar que preenche os critérios do DSM 5

1		Esquizofrenia
2		Perturbação Esquizoafetiva
3		Perturbação Esquizofreniforme
4		Perturbação Delirante Crónica
5		

B2 Duração estimada da Doença tendo em conta o ano de aparecimento dos primeiros sintomas

Ano A		
1		Menos de 1 ano de evolução
2		Entre 1 a 5 anos
3		Entre 6 a 10 anos
4		Entre 11 a 15 anos
5		Entre 16 a 20 anos
6		Mais de 20 anos

B3 Duração estimada da Doença tendo em conta o início do seguimento em Psiquiatria

Ano B		
1		Menos de 1 ano de evolução
2		Entre 1 a 5 anos
3		Entre 6 a 10 anos
4		Entre 11 a 15 anos
5		Entre 16 a 20 anos
6		Mais de 20 anos

B4 Tempo de doença não tratada

Ano B – Ano A

1		0		6		5
2		1		7		6
3		2		8		7
4		3		9		8
5		4		10		9 ou mais

B5 Nº Internamentos

1		0
2		1
3		2
4		3
5		4 ou mais

B6 Tempo desde o último internamento

Data: Mês e Ano

Data		
1		Entre 1 a 6 meses
2		Entre 6 a 1 ano
3		Entre 1 a 2 anos
4		Entre 3 e 5 anos
5		Mais de 5 anos

B7 Medicação Psiquiátrica

Especificar no verso o princípio ativo e doses diárias atuais

1		Antipsicóticos 1ª Geração
2		Antipsicóticos 2ª Geração
3		Estabilizadores de Humor
4		Benzodiazepinas
5		Antidepressivos
6		Injetável periódico



Autorização n.º 5319/ 2017

João Miguel Malhadas Martins notificou à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPd) um tratamento de dados pessoais com a finalidade de realizar um Ensaio Clínico, denominado Bem-estar subjetivo no spectrum da Esquizofrenia: Estudo de validação da Subjective Well-being under Neuroleptic Treatment Scale .

Existe justificação específica para o tratamento de dados comportamentais, psicológicos ou volitivos, os quais estão diretamente relacionados com a investigação.

O participante é identificado por um código especificamente criado para este estudo, constituído de modo a não permitir a imediata identificação do titular dos dados; designadamente, não são utilizados códigos que coincidam com os números de identificação, iniciais do nome, data de nascimento, número de telefone, ou resultem de uma composição simples desse tipo de dados. A chave da codificação só é conhecida do(s) investigador(es).

É recolhido o consentimento expresso do participante ou do seu representante legal.

A informação é recolhida diretamente do titular.

As eventuais transmissões de informação são efetuadas por referência ao código do participante, sendo, nessa medida, anónimas para o destinatário.

A CNPD já se pronunciou na Deliberação n.º 1704/2015 sobre o enquadramento legal, os fundamentos de legitimidade, os princípios aplicáveis para o correto cumprimento da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, alterada pela Lei n.º 103/2015, de 24 de agosto, doravante LPD, bem como sobre as condições e limites aplicáveis ao tratamento de dados efetuados para a finalidade de investigação clínica.

No caso em apreço, o tratamento objeto da notificação enquadra-se no âmbito daquela deliberação e o responsável declara expressamente que cumpre os limites e condições aplicáveis por força da LPD e da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, alterada pela Lei n.º 73/2015, de 27 de junho – Lei da Investigação Clínica –, explicitados na Deliberação n.º 1704/2015.

O fundamento de legitimidade é o consentimento do titular.



A informação tratada é recolhida de forma lícita, para finalidade determinada, explícita e legítima e não é excessiva – cf. alíneas a), b) e c) do n.º 1 do artigo 5.º da LPD.

Assim, nos termos das disposições conjugadas do n.º 2 do artigo 7.º, da alínea a) do n.º 1 do artigo 28.º e do artigo 30.º da LPD, bem como do n.º 3 do artigo 1.º e do n.º 9 do artigo 16.º ambos da Lei de Investigação Clínica, com as condições e limites explicitados na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, que aqui se dão por reproduzidos, autoriza-se o presente tratamento de dados pessoais nos seguintes termos:

Responsável – João Miguel Malhadas Martins

Finalidade – Ensaio Clínico, denominado Bem-estar subjetivo no spectrum da Esquizofrenia: Estudo de validação da Subjective Well-being under Neuroleptic Treatment Scale

Categoria de dados pessoais tratados – Código do participante; idade/data de nascimento; género; composição do agregado familiar sem identificação dos membros; dados da história clínica; dados dados de exame físico; medicação prévia concomitante; dados de qualidade de vida/efeitos psicológicos; comportamentais, psicológicos ou volitivos com conexão com a Investigação

Exercício do direito de acesso – Através dos investigadores, presencialmente

Comunicações, interconexões e fluxos transfronteiriços de dados pessoais identificáveis no destinatário – Não existem

Prazo máximo de conservação dos dados – A chave que produziu o código que permite a identificação indireta do titular dos dados deve ser eliminada nos prazos previstos no ponto 5.2 do Anexo I do Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, alterado, por último, pelo Decreto-Lei n.º 51/2014, de 25 de agosto.

Da LPD e da Lei de Investigação Clínica, nos termos e condições fixados na presente Autorização e desenvolvidos na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, resultam obrigações que o responsável tem de cumprir. Destas deve dar conhecimento a todos os que intervenham no tratamento de dados pessoais.



Lisboa, 22-05-2017

A Presidente

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Filipa Calvão'. The signature is fluid and cursive.

Filipa Calvão

Anexo 5: Parecer da Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa (CAML)



**CENTRO ACADÉMICO
DE MEDICINA DE LISBOA**

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE ETE



CENTRO DE
SANTAMARIA



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA



Instituto
de Medicina
Molecular

Presidente

Prof. Doutor José Luis B. Ducla Soares (CHLN e CAML)

Vice-Presidente

Profª. Doutora Maria Luisa Figueira (CAML)

Membros

Prof. Doutor Alexandre Mendonça (CHLN)

Profª. Doutora Ana Isabel Lopes (CHLN)

Padre Fernando Sampaio (CHLN)

Mestre Enfª. Graça Roldão (CHLN)

Prof. Doutor João Forjaz Lacerda (CAML)

Prof. Doutor João Lavinha (CAML)

Profª. Doutora Maria do Céu Rueff (CAML)

Profª. Doutora Mafalda Videira (CAML)

Prof. Doutor Mário Miguel Rosa (CHLN)

Dra. Mónica Capristano (CHLN)

Exmo. Senhor

Dr. João Miguel Malhadas Martins

Avenida de Pádua, nº 3 – Edifício 1, Bloco A – 1/2A

Lisboa, 9 de Junho de 2017

Nossa Refª. Nª 196/17

Assunto: Estudo “Bem-estar subjetivo no spectrum da Esquizofrenia: Estudo de validação da “Subjective Well-being under Neuroleptic Treatment Scale”

Relator – Prof. Doutor Mário Miguel Rosa

Pela presente informamos o projecto citado em epígrafe, a realizar no âmbito do Mestrado em Psipatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, obteve, na reunião realizada em 6 de Junho de 2017, parecer favorável da Comissão de Ética.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética do CHLN e CAML

Prof. Doutor José Luis B. Ducla Soares

COMISSÃO DE

ÉTICA DO CHLN e CAML

Secretariado: Ana Cristina Pimentel Neves e Patrícia Fernandes

Tel. – 21 780 54 05; Fax – 21 780 56 90

Av. Professor Egas Moniz

1649-035 LISBOA

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117

1769-001 LISBOA

Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 2